FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 23 juin 1904, à 1 heure

Par **H. VERNÉDAL**

DE LA CONDUITE A TENIR

Dans les Cas de Rétention prolongée

DES FŒTUS EXTRA-UTÉRINS

Président : M. BUDIN, *professeur.*

Juges : MM. LE DENTU, *professeur.*
BONNAIRE et MARION, *agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
26, rue Monsieur-le-Prince, 26

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils	N...
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	N....
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	TERRIER. LE DENTU. TILLAUX. BERGER.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Professeurs honoraires : MM. JACCOUD, FOURNIER, FARABEUF *et* DUPLAY

Agrégés en exercice.

MM.

ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA TOURETTE	LEPAGE	THIERY
BESANÇON	GOSSET	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOUGET	MAUCLAIRE	THOINET
BROCA (Aug.)	GUIART	MERY	VAQUEZ
BROCA (André)	HARTMANN	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	JEANSELME	REMY	WALTHER
CUNEO	LANGLOIS	RENON	WIDAL
DEMELIN	LAUNOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LEGRY	RIEFFEL (chef des trav. anat.)	
DUPRE			

Le Secrétaire de la Faculté : M. GRISEZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

Témoignage d'affection et de reconnaissance.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BUDIN

Professeur de Clinique obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris
Accoucheur des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur.

Témoignage de reconnaissance
et de profonde admiration.

AVANT-PROPOS

Au moment de quitter la Faculté, nous sommes heureux de saisir cette occasion de manifester notre reconnaissance à nos Professeurs et à nos Maîtres dans les hôpitaux.

Notre pensée s'en va d'abord à nos bons et excellents maîtres de Bordeaux, à M. le Dr Arnozan, agrégé, professeur de Thérapeutique, qui a guidé nos premiers pas dans l'étude de la médecine. C'est à lui que nous devons le meilleur de nos connaissances cliniques.

Et nous avons tâché de tirer le meilleur parti possible des deux semestres passés dans son service.

Nous le prions d'agréer le témoignage de notre profonde reconnaissance.

C'est avec M. le Dr Courtin, chirurgien des hôpitaux, que nous avons fait connaissance des maladies des enfants. C'est avec plaisir que nous évoquons le souvenir de son enseignement pratique et si bienveillant.

M. le professeur Boursier nous a initié à l'étude si délicate des maladies des femmes.

A Paris, nous avons été l'élève de M. le professeur Hayem dont nous avons suivi avec profit les intéressantes leçons de Clinique médicale pendant un an.

A la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, nous avons acquis avec M. le professeur de La Personne, les notions utiles et pratiques pour le traitement des maladies des yeux.

Enfin, c'est à la Clinique Tarnier, dans le service de M. le professeur Budin, que nous avons fait notre stage d'accouchement.

Nous avons reçu cet enseignement complet, si bien organisé par le maître et ses brillants collaborateurs qui cherchent surtout à faire de vrais praticiens.

Nous les remercions bien sincèrement.

Nous tâcherons de mettre à profit leurs excellentes leçons.

Nous tenons à remercier tout particulièrement M. le professeur agrégé Demelin, accoucheur des hôpitaux, qui a bien voulu nous guider dans le choix du sujet de notre thèse et dont nous avons pu apprécier tout le dévouement à ses élèves.

Merci à M. le Dr Bouchacourt, chef de clinique à la Maison d'accouchement Tarnier pour les conseils et les renseignements qu'il nous a indiqués.

Enfin nous prions tous nos maîtres dans les hôpitaux et nos professeurs de recevoir avec le juste hommage de notre admiration, l'assurance de notre profonde reconnaissance.

INTRODUCTION

Les cas de rétention prolongée des fœtus extra-utérins, c'est-à-dire les faits concernant des enfants morts, à terme ou plus souvent avant terme, et retenus plus ou moins longtemps dans le ventre de leur mère, en dehors de l'utérus, ont depuis longtemps préoccupé les auteurs ; et l'on en trouve nombre d'exemples dans la littérature médicale, (sans qu'il y ait eu de travaux d'ensemble sur la question) et que l'on soit arrivé à tracer une ligne de conduite bien déterminée.

Nous citerons spécialement l'important travail de Matteï paru en 1860 dans le *Bulletin de la Société de Paris*, et qui a pour titre *Des divers modes de terminaison des grossesses extra-utérines anciennes et de leur traitement.*

L'auteur, après avoir dressé un tableau résumant la terminaison de cent observations formule une série de conclusions remarquables la plupart, et que nous avons repris en partie dans le cours de notre étude.

Nous mentionnerons aussi la thèse d'Agrégation de

M. le professeur Maygrier, travail paru en 1886 sur les *Terminaisons et Traitement des grossesses extra-utérines.* Ajoutons-y les deux importants mémoires de Kuchensneisler (1880 1881) à propos des lithopœdions.

Pour les faits mentionnés dans les autres auteurs, nous renvoyons à notre longue Étude Bibliographique annexée à la fin de ce travail.

Il nous a été donné de voir en septembre 1903, à la Clinique Tarnier, une femme que M. le professeur agrégé Demelin et M. le Dr Bouchacourt, chef de clinique, avaient pu observer et suivre pendant quatre ans. Il s'agissait d'un cas de grossesse extra-utérine avec mort du fœtus au commencement du neuvième mois ; faux travail ; tolérance du sac fœtal pendant quatre ans ; laparotomie ; extraction du fœtus ; marsupialisation de la poche.

L'intervention ayant brillamment réussi et la femme complètement guérie, ces auteurs en ont publié le compte rendu dans la revue *L'Obstétrique,* numéro de novembre 1903. Ils l'ont fait suivre d'une étude historique, fort détaillée et très complète des cas antérieurs. Nos maîtres ont eu le mérite de grouper et de résumer un grand nombre des faits jusque-là épars dans la science. Ils ont bien voulu nous faire l'honneur de nous charger de quelques recherches bibliographiques, notamment dans les littératures anglaise et américaine (Voir la revue *L'Obstétrique,* numéro de novembre 1903, page 489, note n° 1).

Et ils nous ont fort engagé à reprendre ce sujet dans notre thèse, pour préciser les indications pratiques à

tirer de cet amas de faits et à déterminer la conduite à tenir dans ces cas de rétention prolongée de fœtus extra-utérins.

Des recherches auxquelles nous nous sommes livré avec M. le professeur Demelin et M. le Dr Bouchacourt, il résulte que le premier fait cité par les auteurs est celui du lithopœdion de Sens en 1552 (1). Il s'agissait d'une femme qui éprouva pendant un an tous les symptômes de la grossesse.

« Au neuvième mois les douleurs apparurent : elle per-
« dit les eaux, puis un gros caillot de sang et ce fut tout.
« Bientôt les mouvements de l'enfant ne furent plus
« perçus ; les douleurs se calmèrent peu à peu ; enfin
« les seins diminuèrent de volume et tout rentra dans
« l'ordre, sauf le volume du ventre, qui resta celui d'une
« femme enceinte. Cette femme étant morte en 1552,
« 40 ans après cette pseudo-grossesse, l'autopsie en
« fut faite par Jean d'Alibourg, médecin de Henri IV,
« qui en a fait vérifier les résultats par 6 témoins, 2 chi-
« rurgiens et un apothicaire.

« On trouva un enfant du sexe féminin dont les
« pieds étaient durs comme du marbre, et dont les
« enveloppes qui étaient comme crétacées résistaient
« au scaplel.

Citons encore, publiée à Darmstadt, en 1661, par Laurent Strauss, médecin à Giessen, l'observation restée célèbre sous le nom de fœtus pétrifié de Pont-à-Mous-

1. Vitkowski. *Histoire des Accouchements chez tous les peuples*, p. 272.

son, et qui est intitulée : *Resolutio observationis singularis Mussi-Poutaux fœtus extra-uterum in abdomine retenti.*

Ainsi ces faits avaient été notés depuis des temps reculés où ils frappaient beaucoup les auteurs ; mais de plus, on a pu les observer chez des femmes à tous les âges. Prenons par exemple le cas rapporté par Blache en 1840, où il s'agit d'une femme de 70 ans ; celui cité par Grivel d'Edimbourg en 1896, qui a trouvé un fœtus dans le ventre d'une femme de 83 ans.

La rétention, de durée très variable, a pu atteindre des limites de tolérance qui ont égaré certains auteurs sur le pronostic et la conduite à tenir en présence de ces « tumeurs » qui leur ont paru, à tort, bénignes. Citons le cas de Lec Heiskell (de Virginie), publié en 1828, dans lequel la rétention dura 40 ans ; celui de Johnston (de Londres) en 1872, d'une durée de 45 ans ; celui rapporté en 1886, par Da Costa, d'une durée de 43 ans ; distancés encore par le fait plus ancien du lithopoedion dit de Heildeberg (1767), qui aurait été porté 54 ans ; le fameux fœtus de Sappey, présenté à l'Académie de Médecine en 1883, et qui avait séjourné 56 ans dans le sein de sa mère, morte à 84 ans.

De la lecture des faits cités et rassemblés dans l'article paru dans la revue l'*Obstétrique*, et de l'étude de quelques cas très probants, que nous rapportons *in extenso* à la suite de notre discussion, il semble qu'une ligne de conduite nouvelle paraît se dégager nettement.

Dans cette question, si délicate du traitement de la

rétention prolongée, nous sommes d'avis, à la suite de M. le professeur Demelin, et d'autres, que l'on doit se montrer plus « interventionnistes », et ne pas laisser les femmes exposées à de terribles accidents.

Voyons comment en agissaient naguère, les accoucheurs et les chirurgiens.

Si, dans quelques cas, l'intervention s'imposait, par exemple en présence d'une hémorragie interne, trop souvent mortelle, malgré les ressources de l'art; si l'on n'hésitait guère en présence d'un kyste fœtal suppuré, ou dans les cas où l'enfant était mort depuis un certain temps, nombre d'auteurs étaient loin de se ranger à la formule de M. le professeur Pinard : « Toute grossesse extra-utérine diagnostiquée commande l'intervention immédiate » (*Semaine médicale* du 10 février 1894).

D'autre part, Tarnier et Budin dans leur *Traité pratique d'accouchements* (1), « inclinaient à l'expectation », se fondant sur la statistique d'Hutchinson qui ne donne qu'une mortalité de 24,7 0 0 dans les cas de rétention prolongée des fœtus extra-utérins où l'on n'intervenait pas.

Devant l'opinion de ces maîtres incontestés de l'obstétrique, les accoucheurs étaient hésitants et M. le professeur Maygrier, dans sa Thèse d'Agrégation (1886) se rangeait à cette idée que, en présence des chances de transformation en lithopœdion, cas où la tumeur était en général assez bien tolérée, il faut le reconnaître

1. Tarnier et Budin. *Traité pratique d'accouchements* II, p. 565 etc.

« l'expectation pouvait être permise ». Il ajoutait que c'est là une éventualité si rare qu'on n'en saurait tenir compte que dans les cas exceptionnels. Il engageait en outre à ne pas attendre trop longtemps.

C'était déjà un grand progrès et une innovation heureuse.

Depuis, les idées ont évolué, tant à cause des progrès de l'asepsie que par suite des perfectionnements apportés à la pratique des opérations obstétricales, et nombre d'auteurs en France et à l'étranger opéraient les kystes fœtaux comme des kystes de l'ovaire, et nous le verrons, avec grand succès.

Ils s'élevaient contre l'idée trop arrêtée de laisser les femmes avec ce danger permanent ; exposées à tous les accidents de péritonite, par infection, rupture du sac, ouverture dans les organes pelviens, etc.

En 1894, Houzel, à la suite d'un cas qu'il avait communiqué à l'Académie de médecine et que nous rapportons dans nos observations, s'écriait : « La nécessité de l'intervention n'est plus discutée ; son opportunité seule peut prêter matière à discussion et notre observation semble prouver qu'il n'y a rien à gagner à attendre.

En 1898, Bastian dans la *Revue médicale de la Suisse Romane*, à la suite d'une observation fort intéressante que nous rapportons, disait : « La tolérance des fœtus « ectopiques est toujours plus ou moins précaire. Aussi « faut-il s'étonner qu'en pareil cas, on ose encore con- « seiller l'expectation. Le kyste fœtal peut s'enflammer, « suppurer, se rompre dans l'abdomen, en donnant

« lieu à une péritonite ; ou ce qui a lieu dans le cas de « curabilité, s'éliminer soit par le rectum, soit par le « vagin et rarement par la vessie. »

Et en effet l'étude de l'évolution du kyste fœtal, abandonné à lui-même, va nous montrer les nombreux accidents auxquels sont exposées les femmes portant des fœtus extra-utérins.

PREMIÈRE PARTIE

ÉVOLUTION DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE ABANDONNÉE A ELLE MÊME

Avec Maygrier, nous pouvons distinguer deux cas :

1° Ou la rétention reste silencieuse, ce qui est fort rare.

2° Ou bien éclatent des accidents.

Or nombre d'auteurs ont noté la fréquence des accidents qui, s'ils ne sont pas toujours mortels, offrent cependant de grands dangers pour la santé de la mère : Dans les cas où la grossesse extra-utérine est abandonnée à la nature, la statistique de Parry nous donne une mortalité de 52, 65 pour cent.

Envisageons donc les cas où le fœtus se trouve retenu dans le ventre de sa mère, sans qu'on intervienne.

Quels sont les accidents qui peuvent se produire ?

Il faut distinguer : 1° les cas dans lesquels le kyste fœtal ne s'ouvre pas au dehors ;

2° Les cas où le contenu en est expulsé au dehors.

1° LE KYSTE NE S'OUVRE PAS AU DEHORS.

Dans ce premier cas nous observons la putréfaction du kyste fœtal, avec accidents de péritonite, trop souvent mortels. Nous citerons, comme exemples, le cas rapporté par Siotis (1) en 1867 : il s'agissait d'une grossesse extra-utérine datant de sept ans; il y eut communication du kyste avec l'intestin ; diarrhée ; péritonite partielle et mort; celui observé en 1857 par Maund, en Australie, où le décès eut lieu par péritonite trois ans après la conception.

Dans le cas de Monnier (2), en 1884, la mort arriva par cachexie après cinq mois de souffrance; la grossesse remontait probablement à cinq ans.

En 1886, Charles de Liège (3) cite le fait d'une secondipare chez qui la grossesse extra utérine n'en était qu'au dixième mois; il y eut communication du kyste avec l'intestin, putréfaction du contenu. Bien que l'on fût intervenu et que l'on eût extrait le fœtus, la femme succomba le quatrième jour avec des phénomènes de cachexie.

Jacquemier a insisté sur ce mode de terminaison fréquent.

Mais la tumeur est, en outre, capable, de par son volume, de causer des accidents.

Ce sont des phénomènes de compression.

1. Siotis. *Gaz. méd. d'Orient*, Constant, 1866-1867, X, 58.
2. Monnier. *Bull. Soc. Anatom de Paris*, 1884, LIX, 380-2.
3. *Journ. d'Accouchements.* Liège 1886, VII, 217-219.

On a vu se produire des accidents d'occlusion intestinale avec tous les caractères de gravité qui sont signalés dans cette terrible affection. Des faits d'étranglement interne ont été signalés par Pletzer, par Bouilly (1) qui cite un cas de grossesse extra-utérine datant de sept ans avec accidents d'étranglement interne ; il fit la laparotomie, mais la femme succomba.

La même année (1883), Notta (2) rapporte un fait identique au précédent dont la terminaison fut aussi fatale.

Et Œttinger fit une présentation à la Société Anatomique d'un fœtus datant de quinze ans, jusque-là bien toléré, mais qui avait produit des désordres.

Ce qui indique bien la possibilité d'accidents tardifs et fait le procès des auteurs qui, se basant sur la tolérance rencontrée chez quelques femmes, ne voulaient pas se décider à intervenir.

Mais ces exemples montrent qu'il serait dangereux de compter sur une tolérance définitive.

2° Ouverture du kyste fœtal.

Souvent, à l'occasion d'un traumatisme, coup porté sur la paroi abdominale ; soit spontanément, le kyste se rompt et le contenu se fraie un passage au dehors.

L'ouverture peut se faire à la paroi abdominale.

Parry, dans sa statistique, a noté que ce fait se produisait dans 16, 12 pour cent des cas.

1. Bouilly. *Gaz. méd. de Paris* (1883), p. 207.
2. Notta. *Bull. Soc. Anat. Paris*, p. 409-411.

Très souvent la tumeur soulève et ulcère la peau, donnant la sensation d'un abcès de la paroi. On incise et on tombe sur des débris fœtaux que l'on peut extraire successivement. Souvent la guérison s'en suit. Les exemples n'en sont pas rares. Nous citerons entre autres le cas rapporté par un médecin du Dauphiné, Bochard (1), en 1756 qui avait beaucoup frappé l'esprit des praticiens de l'époque.

Mais la terminaison est loin d'être toujours aussi favorable et Parry note la mort dans 25 pour cent de ces cas.

C'est du reste le mode de terminaison le plus favorable. En effet, Matteï, dans son « tableau résumant la terminaison de *cent* observations », note 20 cas dans lesquels l'ouverture spontanée a été suivie de guérison ; 7 cas, où l'ouverture, secondée par l'art, a bien réussi, et 9 cas où l'on fait la gastrotomie avec succès ; ce qui porte à 36 les faits où le kyste s'est ouvert aux parois externes de l'abdomen, soit dans plus d'un tiers des cas.

Mais très souvent aussi il se fait une communication avec l'intestin. Tous les auteurs s'entendent à constater le fait ; Parry a noté qu'elle se produisait dans plus d'un quart des cas, soit 26, 20 pour cent et Matteï compte 31 cas.

Mais c'est là aussi que la mortalité est la plus fréquente, soit 34 pour cent.

1. Bochard : *Recueil period. d'obst. de méd. chirurgie et pharmacie*. Paris, 1756, V, 422-425.

Matteï donne 19 cas de mort sur les 31 réunis par lui.

Cette issue qui a lieu par le rectum se fait ordinairement après une rétention assez prolongée (ce qui rentre bien dans le cadre de notre sujet). Citons le cas rapporté par Johnston (de Philadelphie) en 1859 où le fœtus fut extrait par l'anus 4 ans et 6 semaines après le terme ; celui publié par Neyerdahl (1847) avec issue d'un fœtus par le rectum, 13 ans après la fécondation.

A la Société anatomique, en 1882, M. de Brun du Bois-Noir a rapporté un cas de grossesse extra-utérine datant de 7 ans avec sortie du squelette fœtal par le rectum. Voici le résumé de l'observation qui nous montrera tous les dangers de ces rétentions :

La nommée M... Léontine, âgée de trente-sept ans, est prise de douleurs violentes avec syncope, vomissements et refroidissements des extrémités, au second mois d'une grossesse.

Au bout de deux mois de phénomènes péritonitiques, la malade put se relever, la grossesse continuant son évolution.

A terme, il se produisit des douleurs expultrices, avec ouverture du col, puis au bout de trois jours, tout rentre dans l'ordre, en même temps que survenait de la sécrétion lactée, et, six semaines après le retour de la menstruation.

Pendant sept ans, les règles revinrent régulièrement, sans douleur.

L'état général était excellent.

Le 1er mars 1882, nouveaux symptômes de péritonite, obligeant la malade à garder le lit.

On constate alors que les matières fécales contiennent des

cheveux, puis cinq mois après chaque selle contient un os ou deux d'un fœtus paraissant à terme.

Une grande partie du squelette est ainsi évacuée. Tous ces os sont remarquables, en ce que l'ossification est plus avancée qu'elle ne devrait l'être ; le fœtus paraît donc avoir dépassé le terme.

Actuellement la femme présente un bon état général et des selles régulières ; mais à la partie inférieure de l'abdomen, à droite, on sent une tumeur ayant le volume d'une tête de fœtus, non douloureuse à la pression.

Bubendorf, en 1886, cite un fait d'issue par voie rectale après une rétention de cinq ans ;

Gates rapporte un cas où la sortie des os du fœtus se fit après neuf ans de rétention ;

Sepibus, en 1896, a observé « un accouchement par le rectum qui a duré 10 ans et 8 mois.

L'ouverture peut se faire par le vagin ; mais elle est moins fréquente.

Matteï n'en cite que deux cas.

Nous en trouvons deux autres exemples dans le journal de l'abbé de la Roque (1682).

On a noté des cas d'ouverture du kyste fœtal dans la vessie.

Matteï, dans sa statistique en a trouvé huit cas sur cent.

En 1890, Winckel en cite 12 exemples.

L'issue peut se faire par des voies extraordinaires :

Citons le fait publié par Beugnies-Corbeau (de Givet) dans l'*Union médicale,* n° du 2 avril 1887 :

Il s'agit d'une femme qui devint enceinte en 1871. Cette grossesse se termina par des douleurs expulsives qui ne furent suivies d'aucun résultat,

En 1874, il se forme un vaste abcès à la *fesse* droite, par où sortent les os du fœtus ; puis bientôt, il se produit un deuxième abcès sur l'autre *fesse*, puis au bas-ventre et au périnée.

Ces abcès d'origine fœtale ont évolué pendant un laps de temps de 10 années, et ont amené comme complication une double ankylose des hanches.

Quelquefois, dans des cas rares, le fœtus subit une régression, sans devenir une cause de troubles pour la santé de la mère.

On a même noté, après la mort du produit de conception, la cessation des accidents.

Cette rétention sans accidents est rare ; Matteï dans son travail de 1860 qui porte sur cent cas conclut ainsi :

« Les grossesses extra-utérines anciennes peuvent « laisser vivre pendant de longues années les femmes ; « mais ces cas sont rares, 12 pour cent et appartien- « nent surtout à ceux où le fœtus meurt dès les pre- « miers mois de vie intra-utérine et où le kyste « primitif ou secondaire reste petit. »

Les modifications subies par le kyste fœtal, bien supporté, et retenu longtemps sans accidents ont été bien étudiées par Küchenmeister en 1880 (1) et en 1881 (2) dans deux importants mémoires.

1. *Centrablatt. f. gynakol.*, n° 22, p. 505, 1880.
2. *Arch. f. gynakol.*, vol. XVII, p. 153.

Il distingue plusieurs variétés et divise un peu arbitrairement les fœtus extra-utérins retenus en quatre classes : lithokelyphos (calcification des membranes seulement), lithokelyphopœdion (calcification du fœtus et des membranes), lithopœdion (calcification du fœtus après disparition des membranes) et enfin fœtus à l'état de squelette (après disparition des parties molles).

Citons le fameux fœtus de Sappey, dont la rétention dura 56 ans, présenté à l'Académie des Sciences (1883).

Voici le résumé de l'observation :

Il s'agit d'une femme qui devint grosse à 28 ans, et qui, parvenue à l'âge de 84 ans, et jusque-là assez bien portante, fut admise en 1845, à l'hospice de Quimperlé, où elle mourut trois semaines après.

L'autopsie en fut faite par M. Beaugendre, qui constata la présence d'une tumeur siégeant sur le trajet de la trompe droite, et constituée par un kyste à parois extrêmement dures, à surface inégale et mamelonnée.

Ce kyste étant enlevé et coupé en deux avec une scie, on constate qu'il contenait un enfant dans son attitude ordinaire de flexion, âgée de 6 à 7 mois, dont la peau, les organes superficiels, les viscères, les muscles et toutes les parties molles, avaient conservé leur consistance, leur souplesse et leur couleur normales.

Le fœtus, dit Sappey, apparut aux yeux des personnes présentes, « sous les traits d'un enfant qui vient de s'endormir ».

Ici le fœtus était resté intact et l'incrustation avait porté seulement sur la paroi kystique.

Sous cette forme, les fœtus extra utérins paraissent avoir été assez bien tolérés. Et même certains auteurs considéraient ce mode de terminaison comme la guérison. « Mais c'est un fait si rare qu'il serait difficile d'en tenir compte que dans des cas exceptionnels », s'écrie Maygrier dans la thèse d'agrégation (1886).

Certains auteurs, il est vrai, ont rapporté, (et nous-même avons trouvé dans nos recherches bibliographiques) quelques observations de grossesses arrivées à terme chez des femmes portant un lithopœdion.

Ils ont voulu en tirer un argument décisif en faveur de l'expectation. Or, nous savons très bien que des faits de fécondation et de gestation peuvent se produire dans des maladies graves ds l'appareil génital. On les a notés dans les cas de fibromes même volumineux, dans le cancer de la matrice; et cela ne change en rien la conduite à tenir en présence de ces tumeurs, dont on ne discute pas la nécessité de débarrasser les femmes lorsqu'elles sont opérables.

Les lithopœdions sont des masses gênantes par leur volume seul. Elles peuvent déterminer des accidents de compression.

Du reste la transformation en masse calcaire n'est pas un gage certain d'innocuité pour l'avenir. Nous n'en voulons pour preuve que le fait signalé par Pletzer en 1867 et auquel nous avons déjà fait allusion :

Il s'agit d'une grossesse extra-utérine où il y eut transformation en lithopœdion ; ce qui n'empêcha pas la mort par péritonite et perforation intestinale au bout d'un an et demi.

Dans le cas publié par Œttinger on a observé des accidents après une rétention de 16 ans.

Ce qui prouve qu'il ne faut pas nier l'existence des accidents tardifs, même avec des lithopœdions.

Il est donc rationnel de les enlever comme on extirperait toute tumeur abdominale.

En résumé, nous avons vu que dans l'abandon à la nature de la grossesse extra-utérine, il se produisait de nombreux accidents avec terminaison fatale souvent, soit par ouverture du kyste fœtal dans le péritoine, soit par septicémie, étranglement interne.

Et, lorsque le kyste s'ouvrait et que le contenu en était éliminé au dehors par les voies que nous avons étudiées, si la mort n'arrivait pas (cas exceptionnels) au prix de quelles souffrances, de quels ennuis et de quels dangers, les femmes étaient débarrassées de leur produit de conception retenu hors de l'utérus!

Ces ouvertures à travers les parois viscérales (intestin, vessie, vagin) laissaient des adhérences, des fistules interminables qui n'étaient pas sans compromettre l'avenir de la parturiente.

Même les cas qui paraissaient les plus favorables, ceux de transformation en lithopœdion n'étaient pas nous l'avons vu exempts de dangers.

Il y a donc nécessité absolue à intervenir pour parer à tous ces accidents.

L'expectation étant condamnée, voyons les résultats que donne l'intervention que nous préconisons.

DEUXIÈME PARTIE

DE L'INTERVENTION DANS LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE AVEC RÉTENTION PROLONGÉE DES FŒTUS

En 1886, M. le professeur Maygrier, dans sa thèse d'Agrégation, a réuni 70 cas où l'opération a été pratiquée pendant la rétention du fœtus. Or 45 femmes ont survécu, ce qui donne une mortalité de 35,7 pour cent.

Tandis que Hutchinson a trouvé sur 73 cas de rétention de fœtus mort où on n'intervint pas, 18 femmes seulement ont succombé, ce qui fait une mortalité de 24,7 pour cent seulement, qu'on a opposé à celle de l'intervention, en faisant remarquer que la mortalité était supérieure dans le premier cas.

Et c'est en présence de ces chiffres que Tarnier et Budin inclinaient à l'expectation.

L'opinion de ces maîtres incontestables de l'obstétrique a, pendant longtemps, été la règle de conduite des praticiens.

Mais, comme nous l'avons annoncé dans l'introduc-

tion, les idées ont évolué depuis et les auteurs ont hardiment tenté l'extraction de ces tumeurs fœtales, Et nous verrons avec quel succès !

Nous avons pu réunir un certain nombre de cas où l'opération fut suivie de succès, et nous rapportons les observations les plus intéressantes.

Quels sont les dangers de l'intervention ?

Comment a-t-on pu y parer ?

Quel compte faut-il en tenir ?

Il existe deux gros dangers dans l'intervention immédiate surtout.

Ce sont : 1° l'hémorragie placentaire :

L'opérateur ayant ouvert les sinus sanguins ne peut arrêter l'écoulement du sang et la femme succombe comme dans le cas de rupture spontanée, ce qui se produit dans la première période de la grossesse extra-utérine et amène si souvent la mort.

De là, l'indication formulée par certains auteurs d'attendre, de ne pas intervenir trop tôt, pas aussitôt après la mort du fœtus.

Litzmann affirme que l'arrêt de la circulation placentaire ne se fait qu'au bout de quatre à cinq mois, et pour lui, c'est alors seulement qu'il est temps d'intervenir.

Keller conseille même d'attendre les formations d'adhérences entre le kyste et la paroi abdominale.

Mais dans le cas qui nous occupe — dans les rétentions prolongées —, les chances d'hémorragies sont notablement diminuées par cessation de la circulation fœtale après la mort du produit de conception. Il se produit.

alors, plus ou moins rapidement, une oblitération des vaisseaux maternels par thrombose successive et cessation de l'apport sanguin au placenta.

Donc il faut écarter les dangers d'hémorragie tout en prenant des précautions pour y parer comme le tamponnement. Et même il sera prudent de laisser le placenta en place et de le laisser s'éliminer tout seul.

Les perfectionnements opératoires apportés ces derniers temps ont bien diminué les chances d'hémorragie.

Et les progrès de l'asepsie ont écarté les risques de septicémie qui étaient un des gros dangers de l'intervention.

De la sorte les statistiques se sont bien améliorées.

Tandis qu'en 1886, Maygrier trouvait une mortalité effrayante, 88 pour cent, depuis on a pu relever de nombreux cas suivis de succès.

Et M. le professeur Pozzi, en 1891, dans son *Traité de Gynécologie* écrit :

« Werth a pu avancer avec raison que la grossesse « extra-utérine devait être considérée comme un néo- « plasme malin et traité comme tel ; les cas rares de « tolérance ou de guérison naturelle ne sauraient auto- « riser l'expectation en présence des accidents mortels « qui constituent la règle presque générale, quoiqu'à « échéance plus ou moins longue. »

Et le même auteur cite treize opérations qui ont donné comme résultats neuf guérisons et onze enfants viables.

Ces résultats obtenus depuis les progrès de la gyné-

cologie et de l'antisepsie sont fort encourageants.

La conduite tenue dans la première période de la rétention des fœtus extra-utérins penche nettement vers l'intervention immédiate.

Et si certains auteurs, comme Litzmann, Maygrier, Pinard, par crainte d'hémorragie, conseillent d'attendre jusqu'à l'oblitération de la circulation placentaire qui se fait approximativement deux mois après la mort du fœtus, Pozzi, nous l'avons vu, est nettement partisan de la laparotomie primitive.

A plus forte raison, dans les cas qui nous intéressent, après que le fœtus est mort, et cela depuis longtemps, ne devrait-on pas hésiter à intervenir ; car la « tolé-« rance est toujours précaire ; la décomposition de « l'œuf et l'infection consécutive du péritoine peuvent « survenir tant que le lithopœdion n'est pas définitive-« ment constitué, et même alors, quoique plus rare-« ment, une infection suivie de suppuration expultrice « peut causer les accidents les plus graves. » (1)

Nous ne voulons pour preuve de ces accidents que les cas rapportés par Siotis (1866-1867) ; Monnier (1884), et déjà cités à propos des inconvénients de la grossesse extra-utérine négligée.

Ajouterons-nous le fait raconté par Maund en 1857, où la mort survint par péritonite trois ans après la conception ; celui de Dartigues, où il s'agit d'une grossesse extra-utérine datant du mois de février 1836 et qui s'est terminé par la mort le 14 décembre 1842,

1. Voir Pozzi. *Gynécologie.*

c'est-à-dire après une période de six ans de calme trompeur et pendant laquelle on aurait eu tout le temps d'intervenir.

En résumé, l'intervention, nous le pensons, apparaît maintenant comme devant s'imposer.

Car elle a le bénéfice de parer à tous les accidents que nous avons énumérés, et le mérite de ne pas présenter maintenant de grands dangers.

Nous disons qu'elle ne présente pas de gros dangers ; en effet, nous avons pu réunir un certain nombre d'observations relatant des faits d'intervention dans les cas les plus variés et toutes suivies de succès

Nous publions les plus intéressantes, les voici :

Observation I (Demelin et Bouchacourt).

La nommée X..., âgée de 41 ans, cartouchière, se présente à la Consultation de la Clinique Tarnier, le 11 janvier 1899, étant enceinte de 8 mois et très fatiguée, ce qui motive sa demande d'admission (elle est incapable de continuer son travail). Cette femme est reçue au dortoir des femmes enceintes valides, où M. le Dr Thoyer-Rozat, moniteur à la Clinique, prend son observation qui est la suivante.

1) *Antécédents.* — Cette femme ne présente rien de spécial dans ses antécédents héréditaires ni personnels. Réglée à 11 ans et demi, elle l'a toujours été régulièrement jusqu'à 38 ans, époque à partir de laquelle les règles deviennent irrégulières comme date et comme abondance.

Comme antécédents obstétricaux : cinq grossesses antérieures, dont une gémellaire qui s'est terminée à 7 mois (les

autres à terme). De ces 6 enfants nés vivants, les jumeaux sont morts au bout de quelques jours de débilité congénitale, et deux autres également en bas âge, de convulsions.

La grossesse actuelle remonte probablement aux derniers jours de mai 1895, les dernières règles s'étant terminées le 5 juin, et ayant été très peu abondantes.

Le 10 juin, la malade est prise brusquement, étant à l'atelier, de douleurs extrêmement vives siégeant au creux épigastrique et dans tout l'abdomen, pour lesquelles elle entre à l'hôpital Boucicaut où on la purge, et où on la traite par le repos absolu, avec glace sur le ventre.

Au bout de 8 jours, cette femme retourne chez elle un peu améliorée, se repose encore pendant 2 mois ; elle souffre toujours dans l'abdomen et est très constipée.

Le 8 août, elle reprend son travail, et le continue sans trop de difficulté, avec seulement une sensation de gêne dans le bas-ventre.

2) *Etat actuel, le* 11 *novembre* 1899. — A la vue, l'abdomen paraît plus développé qu'il ne le devrait, étant donné l'âge probable de la grossesse (7 mois et demi).

D'ailleurs la malade se trouve plus grosse et plus lourde que lors de ses précédentes grossesses.

Au palper, rendu difficile par la tension de la paroi abdominale, on trouve en bas un sommet, qui paraît petit étant donné le volume de l'abdomen ; en deux autres points, on sent des parties qui ballottent et qui paraissent être deux pôles fœtaux. A l'auscultation, on trouve un foyer unique à droite.

Le 14 *janvier* 1899. — Quatre jours après son entrée dans le service, la malade est reprise dans le bas-ventre de très vives

douleurs, qu'elle attribue d'abord à un début de travail, puis qui lui paraissent être d'origine intestinale.

Ces douleurs très intenses, continues, avec des exacerbations fréquentes, présentent leur maximum d'intensité au creux épigastrique et dans les hypocondres. La température est de 38°5.

En présence de cet état douloureux, la malade est descendue au dortoir des femmes enceintes malades, où elle est examinée le 15 *janvier*. On pense à des troubles intestinaux.

Pour faire ce diagnostic, on s'appuie sur ce que la malade dit avoir toujours été très constipée pendant sa grossesse, et surtout pendant ces dernières semaines.

En conséquence, on ordonne un lavement purgatif et un purgatif salin, qui ne produisent aucun effet.

Le 16 *janvier*. — L'état général s'aggrave sensiblement : facies grippé, langue rôtie, dents et lèvres fuligineuses, un peu de subictère ; la température est de 38°2.

Au niveau du creux épigastrique et des hypocondres, la douleur est devenue telle, que la malade ne peut supporter le poids des couvertures et que le palper de l'abdomen est impossible.

On note cependant, en inclinant la malade sur le côté droit, que du côté gauche, on n'a pas une zone intestinale sonore, mais que la matité est absolue dans cette région. D'autre part, il existe dans l'hypocondre droit, immédiatement au-dessous du rebord costal, et à 2 travers de doigt de l'appendice xyphoïde, un point particulièrement douloureux, que la malade indique constamment.

Les diagnostics suivants sont discutés : péritonite de cause inconnue ; lithiase biliaire, sans qu'on s'arrête à aucun.

La malade ayant le soir une température de 38°6, est montée à l'isolement, où elle commence à vomir d'une façon continue, d'abord le lait glacé, puis 75 centigrammes de calomel donnés par doses fractionnées. Bientôt les vomissements deviennent bilieux, puis porracés.

A la suite d'un lavement d'eau bouillie, puis d'un lavement purgatif, la malade a 3 selles extrêmement fétides, mais peu abondantes, qui n'amènent aucun soulagement.

Le 17 *janvier* et jours suivants, on met de la glace sur le ventre, ce qui calme un peu la douleur.

Les vomissements alimentaires continuent : lait, champagne, limonade.

Tous les jours, on fait une entéroclyse, qui reste sans résultats. La température oscille entre 37° et 37°5 le matin, 38° et 38°5 le soir.

Le 21 *janvier*, à la suite de l'administration d'une nouvelle dose de 75 centigrammes de calomel, il se produit une débâcle extrêmement abondante et horriblement fétide, qui amène un soulagement notable. La malade garde, pour la première fois depuis le début de ses accidents, un peu de lait et de champagne.

Le 22 *janvier* et jours suivants, la température n'atteint plus 38° ; le facies redevient meilleur ; le palper redevient possible, sauf au niveau de l'hypocondre droit et du flanc gauche.

La paroi abdominale est toujours très tendue, ce qui ôte toute précision à l'examen obstétrical.

Cependant, on trouve toujours un sommet en bas. Le foyer d'auscultation est à droite, au niveau de l'ombilic.

Le 3 *février*, la malade, à laquelle on a supprimé la glace

sur le ventre depuis 5 jours, a une nouvelle poussée de douleurs abdominales. Ce même jour, elle sent remuer son enfant de façon tumultueuse, puis le soir, et à partir de ce moment, elle ne perçoit plus aucun mouvement.

Le 5 février. On constate une galactorrhée assez abondante. L'auscultation fœtale est négative. La malade se trouve mieux.

Le 10 février, les douleurs abdominales sont tout à fait calmées. L'état général est satisfaisant ; les forces reviennent ; depuis quelques jours l'alimentation est possible.

La malade est remise au dortoir des femmes enceintes malades. On constate alors une amélioration progressive. L'abdomen est moins tendu, et diminue de volume ; on sent nettement le sommet en bas et le dos à droite ; pas de crépitation osseuse de la tête.

Au-devant de la présentation, on sent une petite tumeur qu'on délimite aisément, et qui a le volume d'une mandarine. On ne peut préciser ses rapports avec la paroi utérine au moment d'une contraction, car on essaie en vain d'en provoquer. On pense à un fibrome sessile de la paroi antérieure. Au toucher, le col est en avant, très près de la symphyse pubienne ; en arrière, on arrive avec peine, à bout de doigt, sur la présentation. En combinant le palper au toucher, on saisit facilement, en avant, la petite tumeur précédemment signalée et qui a la consistance d'un fibrome ramolli par la grossesse (en réalité, ainsi qu'on le démontrera par la suite, c'était l'utérus lui-même).

Le 8 mars et les jours suivants, la malade perd un peu de sang noirâtre. On lui donne matin et soir une injection vagi-

nale. L'écoulement diminue, mais ne cesse pas complètement.

Le 26 mars à 10 heures du matin, la malade est prise de douleurs, qui n'ont pas le caractère des précédentes, en ce sens qu'elles reviennent périodiquement, d'abord toutes les 10 minutes, puis toutes les 5 minutes, ce qui fait penser à un début de travail. Au toucher, on trouve le col presque complètement effacé, et on fait monter la malade à la salle d'accouchement, où elle reste jusqu'à 6 heures du soir. A ce moment, comme les douleurs ont disparu depuis 2 heures et que le travail ne progresse pas, la malade est redescendue au dortoir.

27 mars et jours suivants. Il n'y a plus de douleurs. Le col a repris sa longueur normale, et l'on porte le diagnostic de rétrocession du travail.

Les pertes de sang noirâtre, poisseux, reprennent plus abondantes, et durent jusque vers le 15 avril.

Le 30 avril, la malade ne souffrant plus, ne perdant plus, rentre chez elle, son ventre ayant beaucoup diminué de volume (ventre d'une grossesse de 6 mois), et étant mou (parties fœtales difficiles à délimiter).

1er mai et jours suivants, perte de sang rosé. A partir de ce moment, l'état va en s'améliorant progressivement, la malade se reposant pendant 4 mois.

En septembre 1899, cette femme reprend son métier de cartouchière. Tous les 2 ou 3 mois, elle a, pendant 4 ou 5 jours, des règles qui ne sont nullement douloureuses.

En février 1900, M. Thoyer-Rozat, surpris de n'avoir pas vu cette malade revenir à l'hôpital, et intrigué par le sort réservé à ce fœtus mort retenu pendant si longtemps, va la

voir chez elle, et apprend que rien de nouveau n'est survenu.

L'esprit déjà mis en éveil par cette rétention fœtale, véritablement trop longue pour être *in utero*, M. Thoyer reprend l'histoire clinique de cette malade, et constate que bien des points concordent avec l'hypothèse d'une grossesse extra-utérine, arrivant au voisinage du terme au milieu d'accidents péritonitiques.

Procédant à un nouvel examen, qui est maintenant très facile, M. Thoyer constate que la petite tumeur sus-pubienne, très sensiblement diminuée de volume, se continue avec le col qui est plaqué derrière la symphyse pubienne, et constitue certainement l'utérus lui-même.

En arrière et au-dessus, assez intimement unie à lui, mais isolable cependant par le palper et le toucher combinés, on sent une masse volumineuse, remontant jusqu'au voisinage de l'ombilic, de consistance ferme et inégale, dure partout, et véritablement pierreuse en certains points, qu'on pense être le sac fœtal, renfermant un volumineux lithopædion.

Dans l'espoir de donner une preuve irréfutable de la présence d'un fœtus mort dans la tumeur retro-utérine, l'un de nous essaya à deux reprises de radiographier l'abdomen de cette femme. Malgré l'emploi d'un tube de Rœntgen très pénétrant, et une pose prolongée, il ne fut pas possible de trouver la trace d'un squelette fœtal sur la radiographie. La seule indication fournie par ses recherches fut une opacité très grande de la tumeur.

Malgré ces résultats radiographiques négatifs, nous crûmes pouvoir affirmer le diagnostic de grossesse extra-utérine, avec rétention, dans le sac du fœtus mort au cours du

neuvième mois, et nous présentâmes la malade et l'observation à la Société d'Obstétrique de Paris (séance du 19 avril 1900), sous le titre : *Présentation d'une malade atteinte de grossesse extra-utérine, chez laquelle le fœtus est mort au cours de la grossesse, et qui a présenté un faux travail*, par MM. Thoyer-Rozat et Bouchacourt (1).

Au point de vue de la conduite à tenir, l'avis unanime de ceux des membres de la Société qui examinèrent la malade fut l'expectation, jusqu'au jour où surviendraient des accidents quelconques, intra ou péri-kystiques : l'intervention commandée serait alors une laparotomie. Cette ligne de conduite était d'autant plus indiquée, que la malade repoussait toute idée d'opération, et que certains auteurs ont rapporté des faits de tolérance indéfinie, dans des cas de ce genre.

Mais la réserve faite, que le retour éventuel d'accidents quelconques serait une indication opératoire, devait se justifier. En effet, après quatre ans de calme, pendant lesquels la malade avait repris son existence normale, des douleurs abdominales très vives survinrent brusquement le 1er août 1903.

Cette femme voulut d'abord continuer à travailler ; mais, ses douleurs augmentant, elle prit le lit chez elle et appela un médecin qui n'accorda d'ailleurs aucune créance à cette histoire de rétention fœtale, et qui lui conseilla de retourner à la Clinique Tarnier, où peut-être on la croirait.

Ce médecin prescrivit seulement des cataplasmes laudanisés et une potion calmante.

Le 15 août 1903. — La malade se fit transporter en ambu-

1. In *Presse médicale*, p. 178, nº du 9 mai 1900.

lance à la Clinique Tarnier, afin d'y réclamer une opération libératrice, qu'elle avait refusée autrefois.

On constate chez elle une démarche tellement difficile, qu'elle est obligée de s'appuyer sur deux personnes pour se rendre à son lit (N° 11 du dortoir du bas).

L'aspect général est mauvais : yeux excavés, traits tirés, physionomie exprimant une douleur continue (la malade souffre beaucoup, même étant immobile dans son lit), qui la prive depuis quelque temps de tout sommeil.

Pas d'albumine dans les urines.

Au palper, on sent une masse volumineuse, très dure, dépassant un peu l'ombilic, ayant la forme d'un ovoïde à grand axe transversal, s'étalant surtout du côté droit, sans parties saillantes ; douleurs à la pression. Au toucher, on sent la même masse arrondie, très dure, accessible en arrière, l'utérus étant en avant, et de volume à peu près normal (délimitable au palper et au toucher combinés).

La malade reste constamment dans le décubitus dorsal, le décubitus latéral provoquant chez elle des tiraillements très douloureux. Elle éprouve la sensation d'une boule sur l'estomac, et se plaint d'être gênée pour respirer ; aussi réclame-t-elle des oreillers pour surélever son thorax.

Le 17 août. — On prescrit des compresses laudanisées sur l'abdomen ; ce qui calme les douleurs. La malade dort assez bien : elle a une selle quotidienne sans lavement.

Intervention le 3 septembre, par MM. Demelin, Brindeau et Bouchacourt. Évacuation préalable du rectum et soins antiseptiques d'usage, pour l'abdomen et le vagin. Anesthésie à l'éther, par M. Valency. La malade est mise en position de Trendelenburg.

Incision cutanée de 12 centimètres environ de longueur, dépassant un peu l'ombilic. On arrive sur une poche kystique, dure, dont on essaie de vider partiellement le contenu avec l'aspirateur Potain ; mais celui-ci ne fonctionne pas.

On retire alors le trocart, ce qui amène l'issue d'une cuillerée à café environ d'une matière caséeuse, jaunâtre, rappelant le contenu des kystes dermoïdes de l'ovaire.

On incise alors largement avec les ciseaux, et on reconnaît, immédiatement au-dessous, l'existence d'un fœtus se présentant par l'épaule, très fléchi sur lui-même et adhérant en certains points à la paroi de la poche kystique.

Le fœtus est alors tiré par un bras, et pour achever l'extraction de la tête, on prolonge l'incision en haut et en bas sur le sac ; malgré cela, il se produit en haut une petite déchirure. Des liquides s'écoulant à ce moment du sac, on diminue l'inclinaison de la malade, en vue de préserver le péritoine supérieur, et on place des compresses tout autour de l'ouverture de la poche, tandis que plusieurs pinces à kystes sont mises sur les lèvres de l'ouverture.

Après que les régions avoisinantes ont été nettoyées, le mieux possible avec des compresses, on procède de même à la toilette intérieure du kyste fœtal : extraction partielle de débris adhérents de cordon (8 à 10 centimètres de longueur). Le placenta, qui constitue un disque de 10 centimètres environ de diamètre, et épais de 1 centimètre dans sa partie la plus large, est situé à droite, et est jaune et scléreux. Il adhère si intimement à la poche kystique, qu'on ne fait aucun essai de décollement, d'autant plus que celle-ci adhère étroitement à l'intestin, en plusieurs points, ainsi qu'à l'épiploon et à l'utérus.

Marsupialisation de la poche avec du catgut N° 0 en points séparés, laissant un orifice de 2 à 3 centimètres de diamètre.

Deux drains sont placés en canon de fusil, et fixés avec un crin, à peu près à égale distance entre le pubis et l'ombilic.

Sutures étagées au catgut, puis au crin, au-dessus et au-dessous de l'ouverture.

Le fœtus extrait pèse 1.525 grammes. Sa consistance est lardacée :

Ses dimensions sont les suivantes :

Longueur du sommet au talon droit 55 centimètres ;

— — — — gauche 56 centimètres;

— — — sacrum 36 cent. 5.

Ce fœtus dégage une odeur fade non fétide. Il présente un certain nombre de méplats, correspondant aux surfaces soumises à la compression qu'il a subie dans la poche à laquelle il adhérait.

Sa coloration est jaunâtre. Sa peau donne une sensation savonneuse, et des particules de matière sébacée, épaisse, restent adhérentes aux doigts qui la touchent.

La face est peu déformée, mais la tête est aplatie transversalement.

Il y a un chevauchement considérable du pariétal gauche sur le pariétal droit, et du frontal gauche sur le droit ; l'occipital fait en outre fortement saillie sur les pariétaux, surtout à droite.

La peau du cuir chevelu se détache par lambeaux, et est presque complètement dépourvue de cheveux.

En certaines régions, on constate de larges pertes de

substance, comme si ce fœtus avait été soumis à la dissection.

C'est ainsi qu'au niveau de la région dorsale, la pointe et le bord interne de l'omoplate gauche sont mis à nu, ainsi que toutes les vertèbres dorsales; l'omoplate droite est seulement recouverte de ses muscles : les cinq dernières côtes droites sont complètement dénudées dans leur partie postérieure. Une autre perte de substance considérable s'observe au niveau de la fesse et de la partie supérieure de la cuisse droite : l'articulation coxo-fémorale est ouverte, la tête fémorale détachée de l'acétabulum. Le pied droit s'enfonce par son talon dans cette brèche de la cuisse, il est en talus valgus excessif ; la malléole interne est dénudée; l'articulation tibio-tarsienne est ouverte en arrière.

Sur le bras gauche, on observe des lésions analogues à celles de la cuisse droite : les muscles sont disséqués; l'articulation de l'épaule ouverte.

Les pieds et les mains sont déformés, recroquevillés, les doigts n'ayant plus leur direction normale. A la main gauche, les métacarpiens sont complètement dénudés sur presque toute leur longueur.

Le thorax présente une large cupule, dans laquelle se logeait la tête, qui a effondré les côtes et le sternum.

On observe aussi d'autres pertes de substances réparties inégalement sur toute la surface tégumentaire : en certains points, comme à la partie externe de l'avant-bras et du bras droit, elles constituent de véritables incisions linéaires, largement ouvertes, à travers les lèvres desquelles on voit apparaître les muscles; en d'autres points, la peau présente de petits trous ronds, comme taillés à l'emporte-pièce.

La face est la région qui est le moins déformée.

Dans son ensemble, ce fœtus, qui était presque à sec dans sa poche kystique donne l'aspect d'un corps corrodé par des acides. Le fragment de cordon ombilical qui adhère à l'ombilic forme une corde blanchâtre et résistante.

Le 3 septembre au soir. T. : 36 8, P. : 100.

La malade ne va pas mal, mais elle présente un état somnolent avec dyspnée. On lui donne du champagne et de la glace.

4 *septembre.* — L'état général est bon, la T. normale.

Le pouls s'élève à 112 le matin, 116 le soir.

La malade est sondée; on retire de l'urine en petite quantité, trouble et rougeâtre.

L'intestin ne fonctionnant pas (tympanisme abdominal, et non rejet de gaz), on introduit profondément une sonde rectale, qui ne donne aucun résultat, malgré un séjour de vingt minutes, et une injection de sérum dans le rectum.

5 *septembre.* — Même état : toujours ni selles ni gaz.

Le tympanisme abdominal est considérable. On fait à la malade une injection de morphine. Le matin, on change le pansement qui est imbibé de liquide non fétide. Lavage des drains avec du sérum.

6 *septembre.* — Le tympanisme est toujours très prononcé, mais la malade a une garde-robe très fétide ; pansement comme hier.

Le soir, T : 37,4 : 110.

7 *septembre.* — On donne 50 centigrammes de calomel.

L'état général est moins bon : facies rouge et fatigué, dyspnée.

Le tympanisme semble encore augmenté. Pansement comme hier.

La partie inférieure de la plaie rougissant, on y met de la vaseline; raccourcissement des drains. Attouchement de la plaie avec l'iode.

8 *septembre.* — La malade commence à rendre des gaz en abondance.

Régime : lait stérilisé, champagne. Todd, bouillon froid, citronnade.

9 *septembre.* — La malade se trouve moins bien; elle paraît fatiguée.

Le soir, T. : 37,4 : P. : 114; R. : 36. Même pansement.

10 *septembre.* — Aggravation T. : 38, P. : 118, R. : 40.

On constate de la congestion pulmonaire à la base droite.

Teinture d'iode, enveloppement ouaté. Même pansement.

11 *septembre.* — Enlèvement des fils. Attouchement à la teinture d'iode.

Les jours suivants. — T. et P. vont en s'abaissant, mais le liquide qui sort du sac étant fétide, on lave largement avec permanganate et eau oxygénée.

19 *septembre.* — A partir de ce moment, T. P. et R. sont normaux.

Régime : œufs, bouillon, potage, puis viande, etc.

Purgation, le 26 septembre.

La poche kystique se rétrécit de plus en plus surtout latéralement.

30 *septembre.* — On ne met plus qu'un seul drain, lavage avec de l'eau oxygénée seulement.

La malade est très bien; elle se remue très facilement dans son lit.

4 *octobre.* — Purgation, toujours un pansement quotidien.

7 *octobre.* — Lavement purgatif. Le cerceau protecteur de son ventre est enlevé.

22 *octobre.* — Suppression de tout drain, continuation des lavages.

6 *novembre.* — La malade quitte le service en parfait état. Elle conserve cependant un étroit trajet fistuleux long de 4 centimètres, qu'on touche à la teinture d'iode 2 fois par semaine, après lavage oxygéné.

Observation II

BASTIAN (*Revue Médicale de Suisse Romane*, 1898, XVIII, 417-420).

Un cas de grossesse extra-utérine. Fœtus à terme, mort depuis 4 ans. Marsupialisation et drainage.

Mme X..., domestique, 34 ans. Entre à la Maternité le 3 mai 1898.

Réglée à 19 ans et jusqu'à la 24e année d'une façon irrégulière (anémie). Pas d'enfants ; pas de fausses couches. Pas d'antécédents pathologiques.

Il y a 5 ans, fin octobre 1893 ses époques cessent et 4 mois et demi après la malade perçoit les premiers mouvements actif du fœtus. La marche de la grossesse n'offre rien de particulier. Une sage-femme consultée dans le dernier mois de gestation ne trouve aucune anomalie. Au commencement de juillet 1894 le travail débute et dure trois jours : les douleurs sont régulières, s'espacent toutes les 5 minutes et au cour de l'une d'elles a lieu, en même temps qu'une hémorragie, l'expulsion d'une « membrane charnue ».

A partir de ce moment, les douleurs se calment peu à peu, les mouvements fœtaux disparaissent et tout rentre dans l'ordre. La tumeur s'est, dit la malade, quelque peu réduite. La sécrétion lactée se produit en assez grande abondance et disparaît à la suite d'applications de compresses chaudes et de l'administration de purgatifs.

En septembre, la menstruation réapparaît et continue depuis régulièrement. La malade reprend son travail et jusqu'en avril 1898, la tumeur n'a causé qu'une gêne mécanique. A cette époque, après une chute du haut d'une échelle, la patiente ressent dans la fosse iliaque une douleur si vive que, « craignant pour l'avenir » elle se décide à nous consulter.

Examen. — Femme de forte constitution. Vive, gaie. La surface de l'abdomen est inégale : nous constatons dans la fosse iliaque gauche une saillie fortement accusée.

Le palper révèle la présence d'une tumeur à grand axe sagittal, de consistance dure et de surface irrégulière, cette tumeur se limite nettement ; en haut, à l'ombilic ; à droite à deux travers de doigt en dehors de la ligne blanche. Elle occupe tout le flanc gauche. Par son pôle inférieur, elle plonge dans l'excavation. La mobilité latérale est facile ; de haut en bas elle est restreinte. A la percussion elle est mate. Rien de particulier à l'auscultation.

Par le toucher on sent le col utérin qui est petit, conoïde ; l'orifice externe est légèrement arrondi. Les culs-de-sac antérieur et latéral droit sont libres ; le postérieur et le latéral gauche sont saillants, envahis par la tumeur qui semble faire corps avec l'utérus et se meut avec lui mais dans de faibles limites.

L'hystérométrie n'a pas été pratiquée.

Rien à noter pour les autres systèmes.

Diagnostic. — En l'absence d'aucun anamnéstique que la malade se refuse à nous donner, nous posons le diagnostic de fibro-myome utérin développé aux dépens des parois postérieure et latérale gauche. La laparotomie est décidée.

Opération. — *13 mai 1898.* — Anesthésie à l'éther. Le professeur Vaucher fait une incision de 16 centimètres sur la ligne médiane, la cavité péritonéale étant ouverte, on tombe sur une tumeur libre de toute adhérence avec le péritoine pariétal antérieur. L'extraction hors de l'abdomen est facile. Les parties inférieures du côlon descendant de l'S iliaque sont complètement repoussées à droite et longent la tumeur à laquelle elles adhèrent intimement. Les adhérences sont détruites avec les doigts, soit avec les ciseaux courbes. L'épiploon et l'intestin grêle sont libres. Au cours des mouvements il se produit une légère déchirure de la tumeur par laquelle s'écoule une petite quantité de liquide, jaunâtre, huileux. On croit avoir affaire à un kyste dermoïde. La poche entourée de compresses, est plus largement ouverte : ce qui permet de découvrir les parties fœtales, puis finalement un fœtus tout entier qui adhère à la poche par de longs tractus fibreux.

Le fœtus extrait, on remarque que le kyste fœtal naît près de la corne utérine gauche pour s'enfoncer profondément dans le bassin. Utérus en dextro-version. Ovaire gauche introuvable. Le droit présentant des signes de dégénérescence kystique est enlevé.

La paroi interne de la poche est tapissée par une membrane d'aspect fibreux dont on extirpe laborieusement des lambeaux. M. Vaucher attire la poche en dehors, en résèque la partie exu-

bérante, et, désespérant de venir à bout des adhérences profondes, la suture à la paroi abdominale par 10 points au gros catgut. Aucune trace de placenta.

Drainage à la gaze salolée.

Fermeture de l'abdomen à trois étages.

Suites de l'opération normales; la température n'a jamais atteint 37°8. Le drainage est enlevé le troisième jour.

21 juin 1898. — Il persiste une légère fistule par laquelle vient sourdre à la pression un liquide légèrement trouble, sans odeur.

La malade quitte la Maternité.

Injection tous les deux jours dans le sac d'une solution de formaline à 1 0/0 (Consultation externe de la Maternité).

28 *juillet.* — Fistule a disparu.

Guérison parfaite.

Examen du fœtus. — Le fœtus est fortement tassé. Les pariétaux chevauchent fortement l'un sur l'autre ; face est aplatie. La peau a une coloration plus foncée que de coutume. Sexe féminin. Longueur : 46 centimètres. Poids : 2 kg. 500.

Les points d'ossification de l'épiphyse inférieure du fémur, et de l'épiphyse inférieure du tibia sont nettement apparents. Le maxillaire inférieur présente quatre cloisonnements et le cinquième est en voie de formation.

En résumé, le cas que nous venons de décrire consiste en une grossesse extra-utérine dont le sac est formé par la trompe gauche et le ligament large gauche. C'est la variété « intra-ligamentaire ou sous-péritonéo-pel-

vienne », la trompe faisant sa déhiscence du côté du ligament et la grossesse suivant son cours.

La tolérance du fœtus ectopique est toujours très précaire. Aussi faut-il s'étonner qu'en pareil cas, on ose *encore conseiller l'expectation*. Le kyste fœtal peut s'enflammer, suppurer, se rompre dans l'abdomen en donnant lieu à une péritonite; ou ce qui a lieu dans les cas de curabilité, s'éliminer soit par le rectum, soit par le vagin et très rarement par la vessie.

Observation III

Djemil-Bey, 1895. — *Ass. française de Chir. Proc.-verb.*, etc., 1894, Paris, VIII, 710-714).

La nommée F..., âgée de vingt-cinq ans, entrée à la Clinique chirurgicale de la Faculté impériale de Médecine de Constantinople, le 8 septembre 1893, est une femme robuste, de taille moyenne. Elle a été réglée à 13 ans et depuis régulièrement. Mariée depuis une dizaine d'années, elle n'a point eu d'enfants, non plus de fausse couche. Rien de particulier non plus dans ses antécédents héréditaires et personnels. Il y a trois ans, elle constatait tous les signes de la grossesse normale : suppression des règles, gonflement des seins avec sécrétion lactée; nausées le matin, dégoût pour certains aliments; tuméfaction du ventre, mouvements du fœtus, etc. Au sixième mois, la tuméfaction grandissant s'accompagnait de douleurs abdominales assez vives, ce qui obligea la patiente à garder le lit pendant quelques jours; puis la grossesse suivit son cours normal jusqu'au neuvième mois. Le faux travail

survint au neuvième mois, avec des douleurs abdominales espacées, très intenses et avec des vomissements, et la malade fut prise de légers accidents de péritonite qui durèrent une semaine. Par le vagin, des débris de caduque furent alors expulsés avec un léger écoulement de sang.

Dès lors, la malade ne constata plus les mouvements du fœtus, et la menstruation reparaissant devint très régulière. Le volume du ventre diminua considérablement et resta stationnaire durant une période de six mois, au bout de laquelle, la tuméfaction se développa, accompagnée de douleurs atroces, siégeant au bas-ventre, de rétention d'urine, et de constipation opiniâtre, se manifestant de temps à autre.

La malade avait consulté plusieurs médecins qui firent le diagnostic d'une tumeur fibreuse de l'utérus ou d'hématocèle ancienne, ne remontant pas aux commémoratifs de la grossesse, non suivie d'accouchement.

La malade n'a jamais été atteinte d'affections catarrhales ou blennorrhagiques des organes génitaux.

Examen. — A l'examen on voyait une tumeur sous-ombilicale analogue à celle d'une femme enceinte de six mois. A la palpation, on constatait une tumeur dure, bosselée, ronde, très peu mobile et sensible, occupant la ligne médiane du pubis à l'ombilic, débordant de chaque côté, principalement du côté gauche.

La percussion ne donnait que matité. Au toucher on constatait que le col utérin était un peu remonté, dévié en avant; impossible d'introduire l'hystéromètre. L'utérus qui n'avait pas augmenté de volume, était assez mobile, dévié en avant et manifestement distinct de la tumeur ; mais il suit tous les mouvements imprimés à la tumeur ombilicale.

Le cul-de-sac antérieur est effacé et comblé par une tumeur arrondie, dure, bosselée et grosse comme la tête d'un enfant.

Le doigt introduit dans le rectum, sentait à une certaine distance de l'anus une tumeur dure et assez mobile.

Pas de ganglions engorgés.

La malade se plaint de douleurs abdominales profondes siégeant du côté du bas-ventre, et d'une constipation des plus opiniâtres. Elle éprouve, en outre, fréquemment une rétention d'urine et réclame énergiquement une intervention chirurgicale.

Opération. — Elle eut lieu le 10 septembre 1893 avec l'assistance de MM. les Drs Bessin, Sulamann à la Clinique chirurgicale de la Faculté impériale de médecine de Constantinople. Anesthésie au chloroforme, antisepsie très rigoureuse.

Je fis une incision médiane du pubis à l'ombilic, qui me conduisit immédiatement sur une tumeur bosselée et dure, recouverte par l'épiploon ; cette incision fut agrandie dès lors jusqu'au-dessus de l'ombilic.

La tumeur mise ainsi à découvert, occupait la partie médiane et gauche de l'abdomen et adhérait fortement aux intestins. J'incisai le kyste, saisis la tête du fœtus et, après avoir coupé le cordon, je l'amenai au dehors.

Par suite des adhérences nombreuses, très intimes, de la poche aux parties voisines et surtout aux intestins, je ne pus attirer la poche hors du ventre. J'essayai de décoller ces adhérences avec les doigts et les ciseaux, mais cette tentative demeura infructueuse par suite de l'hémorragie en nappe qui se produisit en abondance. Renonçant à ce tra-

vail, je m'attachai à fixer la poche à la paroi abdominale pour la laisser suppurer. Des points de suture furent fixés, mais ils cédaient par la friabilité extrême de la poche, se déchiraient et ne tenaient point. En présence de l'impossibilité de fixer la poche, je me décidai finalement à l'enlever en entier. J'y arrivai : les adhérences furent décollées, en les arrachant, la plaie est cicatrisée par première intention ; simple application de collodion iodoformé et pansement ouaté.

La malade a quitté l'hôpital, complètement guérie, quinze jours après l'opération, munie d'une ceinture abdominale.

Examen de la pièce. — Le fœtus est momifié, bien conformé, paraissant âgé de neuf mois. C'est donc vers la fin du neuvième mois qu'il a cessé de vivre.

La poche fœtale est absolument intacte et ne présente aucune déchirure. Elle mesure 22 centimètres de long sur 19 centimètres de large, sa paroi a une épaisseur d'environ 2 centimètres.

Elle est excessivement friable et la surface externe en est lisse ; l'ovaire est aplati et presque confondu avec sa partie gauche ; la surface interne est rouge, tomenteuse, très friable.

Le placenta est adhérent au fonds et complètement momifié ; le cordon épaissi est également momifié.

Conclusion. — Cette observation est intéressante à ce double point de vue à savoir :

1° Que la poche était intacte et que le fœtus y est resté momifié pendant près de trois ans, sans déchirure de la poche ;

2° Que l'extirpation de la poche, quoique très difficile, par suite des adhérences intimes aux parties voisines, a été réalisée sans danger par voie de décollement, en opérant, avec précaution et douceur.

Observation IV

Tuffier (Rapport par le Dr Terrillon).

Une femme âgée de 34 ans, entre le 6 février 1890 à l'hôpital Beaujon.

Ses antécédents pathologiques sont intéressants. Réglée depuis l'âge de 17 ans, elle a toujours eu des menstrues très régulières. A 23 ans, elle accouche normalement à la suite d'une grossesse sans accidents. Les règles ne réapparaissen que huit mois après sa délivrance ; elles avancent de quelques jours, puis reviennent régulièrement jusqu'au 15 octobre 1889. A cette époque, la menstruation fait défaut pendant un mois, sans autre accident ; mais quinze jours après survient une perte de quelques gouttes de sang ; en même temps l'abdomen devient le siège de douleurs sourdes, sorte de pesanteur occupant le bas-ventre. Ces phénomènes douloureux et constants s'accompagnent à intervalles variables, toutes les deux ou trois semaines environ, d'accès très aigus survenant brusquement, durant une heure, et provoquant des douleurs si vives qu'elles occasionnent une syncope en décembre. Ces accidents persistent, puis se calment, et dix jours après la malade reprend ses occupations. Quelques jours plus tard, les règles réapparaissent.

En résumé, pendant une période qui s'étend du 30 octo-

bre 1889 au 6 janvier 1890, on voit survenir tous les huit jours des pertes de quelques gouttes de sang.

Le 26 janvien. — Nouvelle métrorrhagie avec quelques caillots. Les douleurs deviennent alors si intenses que la malade entre à l'hôpital aussitôt que le transport peut être supporté. A ce moment, le ventre est un peu gros, mais rien, à première vue, n'y révèle une tumeur.

On peut l'explorer facilement, car toute sensibilité anormale a disparu. Il est facile de constater à la palpation une tuméfaction du volume d'un gros poing d'adulte, siégeant dans l'hypogastre, et remontant sur la ligne médiane environ à quatre travers de doigt au-dessus du pubis ; en bas, elle se perd derrière la symphyse, et, de chaque côté elle empiète sur les fosses iliaques, principalement à droite.

Lisse, dure, facile à circonscrire avec les deux mains, elle est si superficielle qu'on la croirait presque dans l'épaisseur de la paroi abdominale, qu'on peut d'ailleurs saisir et déplacer à sa surface.

Le toucher vaginal permet d'apprécier l'épaisseur de la tuméfaction, son siège à la face antérieure de l'utérus et sa fusion absolue avec cet organe qui est en rétroflexion.

Le col est normal, sans augmentation de volume.

Le toucher rectal fait sentir la paroi postérieure de l'utérus, saillante, mais lisse et normale.

Les régions voisines sont comprimées par cette tumeur, ainsi que l'attestent la fréquence des mictions et la constipation qui dure généralement cinq à six jours.

L'état général est bon, les autres organes ne présentent aucune lésion.

Ces symptômes semblaient appeler le diagnostic de

« fibrome utérin » ; mais cependant l'évolution bizarre de la maladie et le siège de la tumeur rendant ce diagnostic indécis, M. Tuffier prit la résolution de chloroformer la malade pour faire un examen plus approfondi. L'anesthésie ne révéla rien de spécial. Il n'hésita pas alors à proposer la laparotomie qui fut acceptée ; les suites de l'opération justifièrent cette intervention que l'on fit le 13 mars 1890.

L'abdomen est ouvert à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic, dans une étendue de 8 centimètres. Les doigts introduits dans l'abdomen rencontrent la tumeur, qui est lisse, et à la surface de laquelle est une masse dure, pierreuse, irrégulière, présentant une petite partie complètement mobile. C'était un des bras du fœtus calcifié. L'incision est agrandie de 4 centimètres et M. Tuffier trouve alors le dos libre et nu du fœtus calcifié, collé par son ventre sur la face antérieure de la tumeur, trop grosse pour qu'il puisse l'embrasser.

On ne peut mieux la comparer qu'à un enfant cramponné sur une mappemonde trop volumineuse, et cherchant à s'y retenir.

La tumeur qui accompagne le fœtus est adhérente à la face antérieure de l'utérus, à l'intestin et au ligament large. Toutes ces adhérences sont facilement détachées et la tumeur est enlevée en totalité.

Les annexes ne présentent aucune lésion apparente. On fait la toilette du péritoine, et on suture la séreuse et la paroi au catgut ; la peau est suturée au crin de Florence.

Sur la plaie on met un pansement iodoformé et ouaté. Les suites opératoires furent d'une bénignité remarquable. Ni vomissement, ni élévation de température. Au septième jour,

la réunion était complète, et la cicatrice parfaite au 10e jour, où on pratique le deuxième pansement.

Le 23 mars. — La malade rentrait à la salle commune ; l'état général était parfait.

Le 7 juin. — Epoque à laquelle M. Tuffier revit la malade, la cicatrice était très solide, et depuis deux mois ses règles étaient revenues sans aucun phénomène anormal. Les douleurs avaient complètement disparu.

Elle a été revue le 1er février 1901, et son état est toujours très satisfaisant.

Examen de la pièce. — La tumeur enlevée est assez régulièrement sphérique, un peu aplatie, d'avant en arrière. Elle mesure 8 centimètres de diamètre vertical, 7 cent. 7 de diamètre transverse et 6 centimètres et demi d'épaisseur.

Sur sa face antérieure, en bas et à droite, est couché et adhère solidement un squelette fœtal dont les différentes pièces sont facilement reconnaissables. Il mesure 5 centimètres du sommet de la tête à l'extrémité du membre inférieur droit demi-fléchi. La tête aplatie, dont on distingue bien le pariétal droit, à 2 centimètres du sommet au sillon du cou et 1 cent. 8 dans le sens perpendiculaire au précédent (occipito-facial). Ce squelette adhère à la tumeur par son flanc gauche qui semble y être incrusté ; le membre thoracique gauche en abduction est enfoui dans la paroi; on le sent plus qu'on ne le voit. Par contre, le côté droit de la tête et le flanc droit sont entièrement à nu et les membres correspondants libres et mobiles dans toute leur étendue.

En essayant de détacher le fœtus, on attire la paroi limitante de la tumeur, qui s'éloigne en formant soufflet avec une partie dure sous-jacente.

Après avoir pratiqué une coupe de cette tumeur, on constate qu'elle est partout limitée par une coque dense, à limites nettes, de coloration violâtre, dont l'épaisseur varie de 1 à 2 millimètres.

On y aperçoit à droite la coupe d'un vaisseau. De ce côté et dans la plus grande partie supérieure, la paroi est adhérente, fusionnée avec une masse spongieuse, rougeâtre qui constitue la masse principale de la tumeur et qui paraît être un placenta.

Si on se reporte aux renseignements cliniques et opératoire, annexes des deux côtés saines, tumeur non pédiculée, adhérente à l'intestin, occupant le cul-de-sac utéro-vésical, plutôt abdominale que pelvienne, il semble que l'on ait eu affaire à un kyste extra-utérin abdominal.

On peut résumer ainsi tout ce que l'examen macroscopique a permis de constater. Tumeur formée d'une coque partout continue, sans trace de pédicule, renfermant une masse volumineuse, spongieuse ayant l'apparence d'un placenta, adhérente par une portion de sa périphérie à la paroi kystique, libre dans une autre portion recouverte d'une couche de fibrine stratifiée qui est sans doute la trace d'une hémorragie intra-kystique.

Fœtus réduit à l'état de squelette, sorti du kyste, mais resté adhérent à sa face externe, sans qu'on puisse trouver la trace de l'orifice de sortie..

Observation V (Houzel).

Mme H... Marie, femme D..., âgée de 41 ans, est une femme maigre, de taille moyenne, habituellement bien portante. Pendant la saison d'été elle servait dans un hôtel et l'hiver se contentait de faire son ménage. Réglée à 15 ans elle s'était mariée à 28 et avait eu deux enfants qui ont aujourd'hui 13 et 12 ans. Elle avait eu des couches faciles et pas de fausses couches.

Ayant souffert du bas-ventre, il y a quatre ans, elle avait patienté, puis à bout de forces, m'avait fait appeler il y a deux ans. Je constatai de la métrite hémorragique, compliquée de rétroversion.

Un curettage et un pessaire de Schultze la guérirent si bien qu'elle quitta son pessaire au bout d'un an et put se livrer aux travaux les plus fatigants sans ressentir aucune gêne. Ses dernières règles datent du 1er mai 1892 ; peu après elle eut des faiblesses, des vomissements, et fut persuadée qu'elle commençait une grossesse.

Tout alla bien dès le début, l'enfant remua vers le 15 septembre, la seule chose dont elle eût à se plaindre était une constipation des plus opiniâtres qui dura jusqu'à l'opération.

Dès les premiers jours de novembre elle fut prise d'une douleur extrêmement vive dans la fosse iliaque et d'une très grande difficulté d'uriner ; le passage de l'urine et la contraction de la vessie lui arrachaient des cris. Depuis, ces douleurs ne l'ont pas quittée, elle dut garder le lit où elle geignait jour et nuit. Les mouvements de l'enfant, sans être très vifs,

augmentaient ses souffrances au point de les rendre intolérables.

Le 10 février 1893. — Elle perdit un peu de glaires sanguinolents et fut prise de douleurs particulières qu'elle reconnut être celles de l'accouchement, les ayant déjà éprouvées deux fois ; il n'y manquait que les envies de pousser.

Elle me fit alors appeler et je la revis pour la première fois depuis le curettage, ignorant tout ce qui est relaté plus haut et que je n'ai appris que plus tard en l'interrogeant. Je la trouvai poussant des cris comme une femme en travail. L'enfant remuait, les bruits de son cœur étaient entendus très nettement sur la ligne médiane, un peu au-dessus du pubis ; au toucher, le col ramolli, entr'ouvert, permettant d'engager l'extrémité de l'index, était repoussé à droite ; semblant faire corps avec lui, on sentait à la face du cul-de-sac latéral gauche une grosseur qu'il était facile de reconnaître pour une tête fœtale séparée du doigt par une notable épaisseur de parties molles ; l'aspect du ventre n'avait rien de particulier, sauf la minceur de ses parois qui laissaient sentir les parties fœtales presque sous les doigts ; le siège était en haut à droite, presqu'au niveau du foie.

Pensant à une latéro-position de l'utérus dont le segment gauche inférieur eût été plus développé que le droit, je dis à la femme : « Je crois que vous allez accoucher, faites demander votre sage-femme, et si quelque chose ne va pas, vous me ferez appeler. » Je n'en entendis plus parler quand, ayant été mandé près d'elle, le 15 mars, je fus tout surpris de voir qu'elle n'était pas délivrée. Elle me raconta alors ce qui suit :

A partir du 10 février, les douleurs d'accouchement avaient duré quatre jours. Après avoir expulsé un morceau gros comme un œuf de pigeon, et un peu de sang, elles avaient cessé, et il ne lui était resté que ses douleurs habituelles dans la fosse iliaque gauche et dans le ventre ; toutefois, tout en restant continues, elles n'avaient plus d'exacerbations, l'enfant ayant cessé de remuer depuis cette époque. Pendant huit à dix jours, elle avait perdu par la vulve un liquide qu'elle comparaît à du chocolat.

Il y avait de l'agitation et un peu de fièvre : température 38°. Le ventre normalement développé par une grossesse à terme avait des parois si minces qu'au palper on était surpris de sentir les parties fœtales presque sous les doigts ; le siège était assez haut dans le flanc droit ; l'enfant était comme fixé et peu mobile ; la poche des eaux semblait absente.

Le vagin, turgescent, était sillonné de varices moyennes ; au toucher, le col mou, entr'ouvert, laissait pénétrer le doigt, quoique avec efforts, jusqu'au-delà de l'orifice interne, et on sentait que l'utérus était vide. Le col était à droite, refoulé derrière le pubis, le corps en antéflexion, replié vers l'aine droite.

Par le palper bi-manuel, des mouvements imprimés à l'utérus n'étaient pas communiqués à l'enfant.

Les culs-de-sac postérieurs et latéral gauche étaient remplis par une grosseur indépendante de l'utérus et donnant la sensation d'une tête fœtale.

Au spéculum, col violacé, variqueux, épais et entr'ouvert. Y ayant précédemment introduit le doigt qui m'avait démontré sa vacuité, je ne craignis pas d'y pousser un hystéromètre

qui pénétra de 9 centimètres et manœuvra à l'aise sans rien rencontrer dans sa cavité. On n'entendait plus ni cœur fœtal, ni aucun souffle placentaire.

Je portai alors le diagnostic de grossesse extra-utérine, enfant mort, et tout en regrettant que la parturiente ne m'ait pas fait rappeler le 11 ou le 12 février, ce qui m'eût permis de faire un diagnostic précis, et de sauver la mère et l'enfant. Je proposai la laparotomie qui fut acceptée et pratiquée le 18 mars avec l'aide de MM. Thivot, Dutertre et Lauriot.

La femme avait pris un bain la veille, le ventre avait été bien nettoyé, recouvert d'une compresse trempée dans le Van Swieten, le vagin avait été irrigué, puis tamponné avec gaze iodoformée ; en un mot, toutes les précautions antiseptiques avaient été prises.

L'anesthésie chloroformique étant complète, d'un coup de bistouri j'ouvris la peau, du nombril au pubis ; les droits très grêles furent séparés avec les doigts et le péritoine apparut au fond de la plaie : il avait un singulier aspect verdâtre. Ayant fait une boutonnière dans un repli soulevé, et l'ayant fixé avec des pinces à griffes au moyen d'un bistouri boutonné conduit sur le doigt, je le fendis dans toute la hauteur de la plaie cutanée. A mon grand étonnement le dos de l'enfant apparut immédiatement dans la plaie, sans aucune interposition de tissus.

Sa peau était rouge, macérée, très propre ; il présentait le dos obliquement dirigé de gauche à droite, la tête plongeant dans l'excavation à gauche, le siège occupant le flanc droit. J'enlevai rapidement le corps de l'enfant, mais pour dégager

la tête il fallut quelques tractions ; elle était enclavée au-dessous du promontoire.

A l'ouverture du péritoine, il ne s'était pas écoulé de liquide, pas une goutte d'eau ; la tête enlevée, il sortit, de l'excavation qu'elle occupait, environ deux cuillers de sang noirâtre, sans odeur.

La main introduite alors manœuvrait comme dans un ventre dont on vient d'enlever un kyste de l'ovaire non adhérent, l'enfant n'était donc pas dans une loge, mais libre dans la cavité péritonéale et couché sur les intestins, sauf dans la partie inférieure où il en était séparé par le placenta greffé sur les anses de l'intestin grêle, comme il sera décrit plus bas.

L'épiploon était rudimentaire ou refoulé en haut, car je ne le vis à aucun moment de l'opération.

Immédiatement sous l'ombilic se voyait la face postérieure d'un large placenta étalé et inséré sur les anses de l'intestin grêle, puis descendant de la fosse iliaque gauche où il était moins étalé mais plus épais. Les anses intestinales le débordaient à droite, à gauche et en haut. Celles qui étaient visibles dans la plaie adhéraient au placenta dans environ la moitié de leur calibre, dont la seconde moitié était libre. Elles avaient leur coloration normale et étaient recouvertes, par place, de cérumen verdâtre non adhérent et provenant de l'enfant.

Le cordon émergeait des anses intestinales en bas et à droite, près de la plaie opératoire ; il était si bien soudé avec l'intestin qu'on l'aurait cru sortant du cœcum.

Le placenta n'étant nullement flétri et paraissant encore très vivant, je jugeai prudent de ne pas y toucher, d'autant

plus qu'il m'eût fallu le séparer péniblement de l'intestin grêle où s'étant greffé il avait développé une circulation très abondante. Les intestins ne se contractent pas comme le tissu utérin, et je me demande comment j'aurais été maître du sang fourni par les énormes sinus, véritables lacs sanguins que j'aurais ouverts.

Ayant donc nettoyé le placenta avec des compresses imbibées de liquide de Van Swieten et les intestins avec de la gaze iodoformée, je garnis l'espace occupée précédemment par l'enfant avec un énorme sac de gaze saupoudrée largement avec la poudre de Lucas-Championnière.

J'entourai le bout libre du cordon d'un manchon de gaze iodoformée et je refermai les trois quarts supérieurs de la plaie par trois plans de suture : péritoine, muscles et peau.

Dans la partie inférieure par où sortait la gaze iodoformée, le péritoine fut bordé à la peau par une suture en surjet. Pansement antiseptique à l'iodoforme et à l'ouate hydrophile. L'opérée n'avait pas perdu deux cuillerées de sang. L'opération avait duré vingt-cinq minutes. En sondant la malade, avant de la remettre au lit, on constate un écoulement de sang assez abondant par le vagin ; l'urine était limpide.

Les suites de l'opération furent simples, il n'y eut pas d'élévation de température notable : 39°1 que le 28 mars, jour où le placenta et le cordon commencèrent à se détacher.

28 mars. — Le doigt introduit dans la plaie, et en exerçant quelques tractions sur le cordon, j'arrive à en détacher 25 centimètres, ce qui permet de constater sa situation.

Inséré sur le côté intestinal du gâteau placentaire, greffé sur les circonvolutions de l'intestin grêle, le cordon sortait

par le bord droit (par rapport à la femme), était agglutiné aux anses intestinales, passait derrière le fond de l'utérus refoulé vers l'aine droite, contournait la face inférieure du pubis où il adhérait, et de là passait vers l'S iliaque où il adhérait au placenta et aux intestins sur lesquels il rampait en zigzags, en formant plusieurs bosselures ; de là, revenant sur ses pas, après avoir parcouru le même chemin en sens inverse, il se confondait aux anses intestinales près du cœcum d'où il émergeait pour se rendre à l'enfant.

Les jours suivants le placenta s'élimine successivement.

Dès le *12 avril*, la convalescente descendit et put vaquer aux soins de son ménage, se promener sans ressentir aucun douleur.

Fin avril. Elle a repris toutes ses occupations et ne s'est jamais si bien portée.

Si, le diagnostic établi, l'opération avait été pratiquée au 10 février, elle eût sauvé l'enfant sans augmenter les risques de la mère. *La nécessité de l'intervention n'est plus discutée*, son opportunité peut seule prêter matière à controverse, et cette observation semble prouver qu'on n'a rien à gagner à attendre. En laissant le placenta en place on réduit au minimun les chances d'hémorragie, et avec une bonne antisepsie son expulsion spontanée n'est qu'une affaire de temps, et ne saurait constituer un danger.

Observation VI

Folet (H.) 1896. (*Bull. méd. du Nord*, Lille, XXXV 289-298).

Grossesse extra-utérine gémellaire probablement tubaire ; rétention pendant 15 ans d'un fœtus mort à terme ; laparotomie. Extirpation du sac et de son contenu. Guérison.

B... M..., âgée de 49 ans, entre le 2 juin 1894 dans le service de Clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Sauveur, salle Augustine, nº 13. Cette femme, d'une intelligence très bornée, parlant très mal français, nous raconte dans un mauvais flamand qu'elle porte une tumeur dans le ventre depuis de longues années, sans qu'elle n'en souffre plus depuis un an. Comme l'interrogatoire était malaisé et l'examen facile, on s'appesantit surtout sur celui-ci et ce fut un tort.

Tumeur emplissant le ventre et remontant à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic, assez mobile sur sa partie inférieure, de consistance uniformément dure, très dure, ligneuse en certains points, non bosselée, non douloureuse au palper, mate dans toute son étendue.

Au toucher, le col est un peu reporté à droite. Les mouvements donnés à la tumeur paraissent transmis au col. On n'isole pas le corps. Le col est petit ; utérus n'admet que 5 centimètres de cathéter utérin.

Le diagnostic, erroné d'ailleurs, fut : fibrome volumineux, incrusté par places d'indurations calcaires. Traitement : hystérectomie abdominale à faire.

Opération faite le 14 juin.

Dès l'ouverture du ventre, je tombe sur une poche, assez

épaisse, mais de tissu souple et dépressible à travers lequel mon doigt palpe un rebord osseux très net (l'un des pariétaux du fœtus ayant chevauché sur l'autre) ; et je rectifie immédiatement mon diagnostic. Il s'agit d'une grossesse extra-utérine. La poche est partiellement adhérente à la paroi abdominale dont il faut la détacher avec précaution. Le sac ne paraît contenir aucun liquide, il se moule hermétiquement sur les parties pelotonnées du fœtus formant un ovoïde régulier et compact. Je place la malade dans l'inversion pour ne pas être gêné par la masse intestinale et je continue l'opération. Je décortique le sac en détachant lentement à l'aide du doigt des adhérences nombreuses aussi très solides qui l'unissent à l'intestin, adhérences dues évidemment à des poussées de péritonite assez récentes, celles-là mêmes qui avaient occasionné il y a un an les douleurs accusées par la malade. Une seule ligature est nécessaire. Mon intention était d'isoler complètement la tumeur et de l'enlever en totalité ; ou, si je ne réussissais à l'isoler qu'imparfaitement, de l'attirer autant que possible hors du ventre, d'ouvrir le sac, de le vider de son contenu fœtal, de le nettoyer soigneusement, puis de le suturer en collerette à la partie inférieur de la plaie, en réséquant la portion exubérante des parois kystiques ; de faire en un mot, la marsupialisation.

La décortication était très avancée et je n'avais plus à décoller que le fond, lequel, à la vérité, paraissait fixé par des adhérences solides. Tout à coup, comme j'exerçais des tractions modérées sur la masse, tandis qu'une main introduite dans l'abdomen agissant en rétrocession sur la face postérieure de la tumeur, la poussait au dehors, la paroi du sac se rompt en couronne, circulairement, à l'union dans 5 6 supé-

rieur avec le 1/6 inférieur de la tumeur, sans qu'une seule goutte de liquide s'écoulât, me laissant en main la presque totalité du kyste avec son contenu. Le reste, délié du sac demeuré dans le ventre, représentait une sorte d'entonnoir ou de capsule adhérente par sa face externe aux organes pelviens.

J'aurais peut-être pu alors déterminer exactement la situation des organes par rapport au sac. Mais outre que cette détermination n'eût pas été commode, j'avoue que cherchant avant tout la sécurité de mon opérée, je fis saisir la collerette de la capsule kystique restante par une série de pinces, l'amenai à la partie inférieure de la plaie aux lèvres de laquelle je la fixai par huit sutures à la soie. Puis, m'étant assuré que rien ne saignait, je plaçai dans le péritoine un gros drain entouré de gaze iodoformée et je suturai les parois dans tout le reste de la hauteur de l'incision.

La marche de la guérison fut idéale. Pas un instant la température ne monta au-dessus de 37°5. En six semaines la cavité de ce qui restait du kyste, lavée et bourrée de gaze iodoformée avait complètement disparu, et sa cicatrisation était parfaite.

Quelques jours après l'opération, ayant déniché un interprète qui entendait le patois flamand de la malade, j'appris que cette femme qui avait eu quatre enfants à terme, s'était une cinquième fois cru enceinte il y a seize ans et avait senti les mouvements fœtaux. Puis, arrivée à neuf ou dix mois, elle eut un faux travail, expulsa du sang et des membranes et perdit du sang durant six semaines. Mais, n'accouchant pas et ne sentant plus remuer l'enfant, elle se persuada qu'elle s'était trompée et qu'elle n'avait pas eu de grossesse;

d'autant plus que le volume du ventre diminua un peu et que les règles revinrent (elles n'ont cessé qu'il y a 3 ans).

Cependant au bout de deux ou trois ans elle consulta un médecin qui, sans s'expliquer formellement sur le diagnostic, lui conseilla de ne rien faire ; conseil qu'elle suivit jusqu'au jour où les douleurs éprouvées par elle à plusieurs reprises depuis le milieu de l'année dernière, l'amenèrent dans nos salles. Si j'avais eu ces détails plus tôt, il est vraisemblable que j'eusse fait le diagnostic exact. »

Examen des pièces anatomiques. — La surface externe du kyste est lisse, revêtue d'épithélium séreux, sauf aux endroits nombreux où se voient les débris des adhérences déchirées au cours de l'opération.

La paroi est presque partout dure, mais assez friable, épaisse de 3 millimètres. Dans certains points, elle est beaucoup plus mince et comme adhérente à la peau du fœtus principal, dont on parvient pourtant à la séparer sans déchirure. Histologiquement, la coupe montre qu'elle est constituée presqu'en totalité par un tissu conjonctif dense, qui occupe à peu près les quatre cinquièmes de l'épaisseur. Ce tissu est formé de fibres lamineuses épaisses, disposées toutes parallèlement entre elles et à la surface de la poche. Elles sont fortement serrées les unes contre les autres et constituent un tissu analogue à celui d'une aponévrose. Quelques vaisseaux petits et peu nombreux cheminent dans l'épaisseur de la paroi. Vers l'extérieur de la poche, le tissu devient plus lâche et se dissocie irrégulièrement. La coupe se termine de ce côté par un bord indécis. Il n'existe aucune trace d'une zone limitée, ni d'un revêtement endothélial.

Vers la face interne de la poche, le tissu conjonctif est

revêtu d'un plan très net de fibres lisses disposées en nappes continues. Sur certaines coupes, les fibres apparaissent toutes coupées en travers, sur d'autres, toutes sont longitudinales.

La couche musculaire toutefois n'apparaît pas brusquement, mais une transition bien marquée s'observe entre les deux tissus qui constituent la paroi.

A mesure qu'on s'approche des régions musculaires, on voit en effet les fibres conjonctives s'écarter par places et enclaver des groupes de fibres lisses qui finissent par se confondre en un plan unique de texture assez serrée.

Dans cette couche musculaire existent des vaisseaux artériels et veineux d'assez gros calibre.

La couche musculaire se termine également vers la surface interne de la poche sans limites nettes.

Cette structure de la poche semble indiquer que le kyste est formé par la trompe dilatée. L'existence d'une même couche musculaire continue à fibres circulaires et longitudinales, paraît s'accorder mal avec toute autre origine du sac fœtal.

La poche ne renferme aucun liquide, mais seulement une très petite quantité d'une sorte de cambouis brunâtre, graisseux au toucher. Elle contient deux fœtus avec leur cordon et des débris de placenta très dégénéré.

« La grossesse extra-utérine gémellaire serait bien plus fréquente que la grossesse gémellaire normale. Dans le cas précédent, l'un des deux fœtus était mort vers le troisième mois sans doute, l'autre continuant à se déve-

lopper, était parvenu à terme. C'était un enfant du sexe féminin; il mesurait 46 centimètres de long.

Ce n'est pas à proprement parler un lithopœdion. Il n'avait pas la dureté pierreuse et ses tissus étaient souples. Ils étaient comme densifiés, (consistance du lard cuit).

En un mot, il s'agit ici d'une dégénérescence spéciale des tissus qui se rapproche de la nécrose de coagulation de Weigest, mais en diffère par l'aspect transparent et hyalin des éléments.

L'autre fœtus avait un thorax et une tête très aplatis comprimés par le grand fœtus.

Le placenta était unique. Dégénéré, méconnaissable, il est représenté par une substance qui s'effrite, on dirait de l'amadou rouge brun. »

TRAITEMENT

Les indications opératoires ont été bien précisées par M. Segond dans son important rapport sur le traitement de la grossesse extra-utérine au Congrès de Marseille (1898). Nous ne saurions mieux faire que de nous en rapporter à ses conclusions que voici :

Traitement de la grossesse ectopique devenue vieux kyste fœtal, toléré sans accident ou suppuré.

« Un vieux kyste fœtal n'a de spécial que son « ossuaire et les manœuvres particulières d'extraction « que celui-ci nécessite. »

« Il peut se compliquer de lésions péritonéales sup- « puratives exigeant la laparotomie d'urgence et celle- « ci se termine suivant les cas par une extirpation totale « ou par une ablation incomplète avec drainage consé- « cutif. En général c'est le kyste fœtal qui constitue « tout le mal et trois cas peuvent se présenter :

« Tantôt le kyste a les mêmes allures qu'une tumeur « annexielle relativement mobile. Il est alors justicia- « ble des indications opératoires spécifiées à propos du

« traitement des grossesses ectopiques avec fœtus mort « depuis longtemps. »

L'auteur a préconisé dans ces cas la laparotomie avec extirpation abdominale du kyste fœtal et ablation du placenta.

« Tantôt le kyste vient s'offrir lui-même au bistouri, « soit par un plastron abdominal, soit en bombant « dans un des culs-de-sac vaginaux. »

« Tantôt enfin on se trouve en présence d'un kyste « spontanément ouvert au niveau de l'abdomen, dans le « vagin, dans le rectum ou dans la vessie. Dans les deux « premiers cas leur incision n'est que l'agrandissement « de la fistule préexistante. En cas de fistule rectale, il « faut, sans exception, se garder de la mettre en con- « tribution et inciser largement par l'abdomen ou le « vagin. Quant aux kystes ouverts dans la vessie, ils « peuvent s'évacuer par l'urèthre lorsqu'ils contiennent « de très petits fœtus morts avant le cinquième mois, « mais les kystes à plus gros fœtus réclament des inter- « ventions plus complexes telles que la mise à jour par « cystotomie ou laparotomie. »

CONCLUSIONS

1° Les cas de grossesse extra-utérine avec rétention prolongée des fœtus, sont bien moins rares que le croyaient les anciens auteurs.

Nous avons pu en réunir près de deux cents cas.

2° Elles peuvent laisser vivre pendant de longues années les femmes; mais ces cas sont rares, 12 pour cent (Statistique de Matteï).

Et au prix de quels accidents : péritonite, obstruction intestinale ; et, lorsque le sac s'ouvre : fistules, abcès.

C'est un danger permanent (accidents dus aux lithopœdion).

3° L'intervention (ainsi que le montre les faits probants qu'on vient de lire) grâce aux progrès de la chirurgie, a donné des résultats très encourageants. Elle s'impose donc sitôt le diagnostic fait.

4° Et l'intervention doit avoir lieu le plus tôt possi-

ble, avant que le kyste ait pu produire ces accidents que nous avons vus parfois mortels, et avant qu'il ait contracté des adhérences qui rendent son extraction très difficile, et obligent à faire la marsupialisation.

Vu : le Président de la thèse
BUDIN

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Eyssonius (H.). — Groningue, 1661, 16°.

Densigius (A). — Groningue, 1661, 24°.

Strausius (L.). — Darmstadt, 1662, 4°.

Bouchard. — Misc. Acad. nat. curios, 1672, Lipst Francof, 1681. III, 13.

Marshall (J.). — Gentleman's Mag. a. Hist. Chron. Lond., 1743, XIII, 484.

Mounsey (J.). — *Phil. Tr.*, Lond. 1743-50, XI, 1012-1015.

Blegney (N. de). — Paris, 1769-16°.

Bayle. — *Phil. Tr.*, Lond. 1700, III, 217.

Cypriau (A.). — Lugd. Bat. 1700, 16°.

Morley (T.). — *Phil. Tr.*, Lond. 1700, III, 218.

Bromfield (W.). — *Phil. Tr.*, Lond. 1732-44, IX, 191.

Houston. — *Phil. Tr.*, Lond. 17-19-33. Lond., 1734, VII, 555-557, 1 pl.

Collin. — *J. de méd. chir. pharm., etc.* Paris, 1758, IX, 142-148.

Bochard. — *Rec. périod. d'obs. de méd., de chirurgie et pharm.*, Paris, 1756, V, 422-425.

Panthot. — *J. de Savans*, 1695.

— *Collect. Acad. de méd., etc.* Dijon, 1766, VII, 23.

Nebel (D. W.). — Heidelberg, 1767, 4°, pp. 403-422.

Walter (J.-G.). — Berlin, 1778, 4°.

Percival (T.). — Med. a. *Phil.* Comment. 1774, 2° éd. Lond. 1784, II, 77-79.

Schlegel. — *N. Mag. f. Aerzte.* Leip., 1784, VI, 349.

Turnbull (W.). — *Mém. M. Soc. Lond.*, 1792, III, 176-214, 4 pl.

Petit. — *Rec. des actes de la Société de Santé de Lyon*, an VI (1798, I, 193-199.

Josephi. — *Med. a. Phys. J.* Lond., 1805, XIV, 519-524.

Hasinger (J.). — *Med. chir. Ztg.* Salzb., 1815, III, 158.

Seiler. — *Ztschr, f. Nat. u Heilk.* Dresd. 1819-1820, I, 332.

Eugel. — *Ztschr. f. Nat. u Heilk.* Dresd., 1820-1822, II, 421-440.

Bönisch. — *J. d. pract. Heilk.* Dresd. 1821, LII, 1 st. 52-75.

Kluyskens (J. F.). — *Id.*

Heiskell (H. E.). — *Am. J. M. S.* Phila, 1828, II, 114-116.

Wilmans (F. W.). — *J. d. praht. Herlk.* Berl. 1829, LXVIII, 3, st. 3-41.

Cohen. — *Id.*

X. — *Gaz. méd.* de Paris, 1836, 2 s., IV, 61.

Pachur. — *Med. Ztg.*, Berl. 1840, IX, 29.

Blache. — *Bull. Ac. Méd.*, Paris, 1841-1842, VII, 102-108.

Amussat. — *Gaz. des Hôp.*, Paris, 1841. 2 s. III, 456.

Aubry (J.). — *Arch. gén. de méd.*, Paris, 1842, 31, XIII, 346-350.

Loscher. — *N. Ztschr. f. Geburtsh.* Berlin, 1843, VIII, 390-401.

Tichy. — N. p. 1843, 8°.

Dartigues. — *J. d. conn. med. chir.* Paris, 1843-1844, XI, pt. 1.109.

Bacchetti. — *Gaz. des Hôp.*, Paris, 1844, 2 s., VI, 498.

Velpeau. — *Id.*, 45, XVIII, 209.

Numan. — *Id.*

Lespagnol. — *Bull. méd. du Nord.* Lille, 1846-1848, I, 167-172.

Yardley. — *Am. J. M. Sc.* Phila, 1846, n, s. I, 348-351.

Crarddoch (J. W.). — *Med. Exam.* Phila., 1846, n. s. II, 286-288.

Heyerdahl (S. S.) — *Norsh. Mag. f. Laegenideusk.* Christiania, 1847, I, 2, R. 583-590.

Christian. — *Med. Exam.*, Phila., 1850, n. s. VI, 638-640.

Schneevoogt (G.-E.-V.). — *Nederl. Weckbl. v. Genesh.* Amst. 1851, I, 1-10.

Bogrem. — *Med. Ztg Russlands*, St-Petersb. 1853, X, 244.

Geuns (J.-V.). — Amsterdam 1855.

Cunningham (J.-A.). — *Virginia M. a. S. J.*, Richmond 1855, IV, 94.

Heise (A.-W.). — *Northwest. M. a. S. J.*, Chicago 1856-1857, XIII- 376-378.

Maund (J.). — *Austral. M. J.*, Melbourne 1857, II, 179-182.

Von Genus (J.). — *Id.*

Johnston. — *Am. J. M. Sc.*, Phila., 1858, n. s. XXXVI, 44-48.
Young (D.-W). — *Chicago M. J.* 1858, XV, 383-387.
Jones (S.). — *Tr. Path. Soc. Lond.* 1859-1860, XI, 182-184.
Biebuyck (J.). — *Bull. Soc. de Chir.* de Paris 1859-1860, X, 103-113.
Matteï. — *Bull. Soc. de méd. prat.* de Paris, 1860, 95-113.
Fabiri. — *Bull. d. sc. med. di*, Bologna, 1862, 41, XVII, 452-454.
Conant. — *Bull. N.-York Acad. M.*, 1862-1866, II, 325.
Lorain. — *Gaz. d. Hôp.*, Paris, 1866, XXXIX, 525.
Pletzer (H.). — *Monatschr f. Geburtsk u Frauenkr.*, Berl., 1867, XXLX, 242-246).
Siotis. — *Gaz. méd. d'Orient*, Constant, 1866-1867, X, 58.
Davis (T.). — *Med. Press. a Circ.*, Lond. 1869, n. s, VII, 541.
Dunant (P.-L.). — *Bull. Soc. Med. de la Suisse Rom.*, Lausanne, 1869, III, 354-359.
Beech (J.-H.). — *Chicago M. J.*, 1871, XXVIII, 406-409.
Johnson (M.). — *Med. Times a Gaz.*, Lond. 1872, I, 655.
Lewis (R.-F.). — *Proc. M. Soc.* N. Car. Ruleigh, 1873, 64.
Verardini. — *Bull. d. sc. med.* di Bologna, 1875, 5 s. XX, 329-357.
Polaillon. — *Bull. et mém. Soc. de Chir.* de Paris, 1875, n. s. I, 260-265.
Küster (E.). — *Beitr. z. Geburtsh. u. Gynæk.*, Berl. 1875-1876, IV, 20.
Lieven. — *Id.*, 1875.
Laupus (F.). — *Id.*, 1876.
Chiari (H.). — *Wien. med. Wehnschr.*, 1876, XXVI, 597-599.
Lauger (P.). — *Med. Exam. Lond.*, 1876, I, 578.
Chiari et Schleimiger. — *Id.*
Chiari. — Id.
Galli (G.). — Piacenza, 1876, 8°.
Fannin (W.-H.). — *Tr. M. Soc. Arkansas*, Little Rock, 1875-1876, 36.
Martin (A). — *Ztschr. f. Geburtsh, u Gynæk.*, Stuttg, 1878, III, 398-405.
Roth (F.). — *Deutsches Arch. f. klin. Med.*, Leipz. 1878, XXIII, 177-197, 2 pl.
Dahlmann. — *Arch. f. Gynæk.*, Berl. 1879, LV, 128-132.
Kuchenmeister. — *Jahresb. 9. Gesellsch. f. Nat.-u. Heilk.*, in Dresde, 1880-1881).
Nonnig (P.). — Berlin, 8° 1880.

Kuchenmeister. — Berlin, 8° 1880.
Baart de la Faille. — *Id.*
Kuchenmeister. — *Id.*
Barnes (R.). — *Tr. Obst. Soc* , Lond. 1882, XXIII, 170-176.
Léopold (G.). — *Arch. f. Gynack*, Berl., 1882, XIX, 210-218, 1 pl.
Jordan (C. M.). — *North Car M. J.* Wilmington, 1882, IX, 86.
Paschal (F.). — *Am. M. Weekly*, N. Y, 1882, XIV, 29.
Caraman (Th.). — Paris, chez A. Parent, 1882, 8°, 10 p.
Notta (M.). — *Bull Soc. Anat.*, Paris, LVIII, 409-411.
Fort. — *Bull. et mém. Soc. de chir.* de Paris, 1883, n. s., IX, 854.
Brun du Bois-Noir. — *Bull. Soc. anat.* de Paris, 1883, LVII, 468-470.
Bouilly (G.). — *Gaz. méd.* de Paris, 1883, 6 s., I, 207.
Œttinger. — *Bull. Soc. Anat.* de Paris, 1883, LVIII, 286-288.
Bolling (G.). — Upsala Läkaref Förh, 1884, XIX, 426-428.
Monnier. — *Bull. Soc. Anat.* de Paris, 1884, LIX, 380-382.
Sharber. — *Tr. M. Soc. Tennessee*, Nashville. 1885, 111.
M. Fatrich (J.-B.). — Chicago *M. Times*, 1885-6, XVII, 145-149.
Homans (J.). — Boston *M. a. S. J.*, 1886, CXIV, 457-460.
Murfree (J.-B.). — *Tr. M. Soc. Tennessee*, Nashville, 1886, 85-92.
Da Costa Simoês (A.-A.). — *Coimbra méd.*, 1886, VI, 19, 2 pl., 33, 1 pl.
Bubendorf. — *Ann. de gynéc.*, Paris, 1886, XXVI 269-280.
Charles. — *J. d'accouch.* Liège. 1886, VII, 217-219.
Gates. — *Med. a. Surg. Reporter*, Phila, 1887, LVII, 569.
Péan. — Leçons de cliniq. chirurg, etc. 8° Paris, 1888-898-901.
Chandelux. — *Lyon méd.* 1890, LXIII, 37-42.
Tuffier. — *Bull. et mém. Soc. de chir.* de Paris, 1891, n. s., XVII. 364-367.
Dean (G.) et Mamoch (J.). — *J. Anat. a. Physiol.* Lond. 1893-4, XXVII, 77-83.
Budd (S. W.). — *Virginia M. Month*, Richemond, 1893-4, XX 957-962.
Lugeol. — *Mém. et bull. Soc. de méd. et chir.* de Bordeaux, 1893, 615-643.
Houzel. — *Ann. de gynéc. et d'obstétr.* Paris (1894), XLII, 191-172.
Villar (F.). — *Arch. prov. de chir.*, Paris, 1894, III, 352-376.
Pinard. — *Bull. Acad. de méd.*, Paris, 1894, 3 s., XXXI, 149-153.
Casuso. — *Progreso med.*, Habana, 1894, VI, 139.
Rector (J. M.). — *N. York M. J.*, 1894, IX, 648.

Djemil bey. — Assoc. franç. de chir. *Proc.-verb. etc., 1894*, Paris 1895, VIII, 710-714.

Robinson. — *Méd. Hérald*, St-Joseph, 1895, n. s., XIV, 571.

Stiéber. — *Arch. méd.*, Toulouse 1895, I, 25-29.

Carus (C. V.). — *St-Louis Clinique*, 1895, VIII, 143.

Church. — *Lancet*, Lond., 1895, I, 1181.

Grivel (J.). — Edimb. *M. a. S. J.*, 1896, II, 19-21, 1 pl.

Sepibus (C. de). — *Rev. méd. de la Suisse Rom.*, Genève, 1896 XVI, 756.

Folet (H.). — *Bull. méd. du Nord* Lille (1896) XXXV, 289-298, 1 pl.

Bastian. — *Rev. méd. de Suisse Romane* Genève (1898), XXIII, 417-420.

Cuvrier (A. J.). — *Ann. Gynec. a. Pediat.*, Boston (1897-8), XI, 732-736.

Warszawski (M.). — *Kron. lek Warszawa* (1893) XIX, 213-221.

Rochet. — *J. d'accouch.* Liège (1898), XIX, 32.

Arsdale (W.-J.). — *Ann. J. Obst.*, N.-Y., 1898, XXXVIII, 798-751.

Lemonnier. — *Bull. et m. Soc. obst. et gynéc. de Par.*, 1898, 31-33.

Haig (G.). — *Edimb. M. J.*, 1899, n. s. V, 145-150.

Vilain. — *Cliniq.* Bruxelles, 1899, XIII, 2-6.

Klingerninth (J.-P.). — *Ann. J. obst. N.-Y.*, 1900, XLII, 386-387.

Krasnoff. — *Med. Oboza Moskwa*, 1900, LIII, 848-853.

Poulain (A.). — *Bull. et Mém. Soc. Anat. de Paris*, 1901, 6 s. II, 492-493.

Davidowo-Schepelewa. — *J. akush. c. jeusk.* Cologne, 1900, XIV, 1690, 1493, 1 fr.

Condamin (R.). — *Lyon méd.* 1902, XCVIII, 301-307.

Beyea (H. D.). — *Ann. J. Obst.* N.-Y., 1902, XLV, 102-103.

Strauss (M.). — *Arch. f. gynack.*, Berl., 1903, LXVIII, 730-768.

Noble (C. P.). — *Phila. M. J.*, 1903, XI, 908.

Deletrez. — Bruxelles 1903, 8°, 2 p.

TABLE

AVANT-PROPOS. 7
Introduction 9

PREMIÈRE PARTIE

Evolution de la grossesse extra-utérine abandonnée à elle-même. 16
1° *Le kyste ne s'ouvre pas au dehors* 17
2° *Ouverture du kyste fœtal* 18

DEUXIÈME PARTIE

De l'intervention dans la grossesse extra-utérine avec rétention prolongée du fœtus. *Observations.* 26
Traitement. 70
Conclusions. 73
BIBLIOGRAPHIE. 75

Imprimerie des Facultés A MICHALON, 26, r. Monsieur-le-Prince, Paris